



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación**

**Título del documento: Sobre ostras, mejillones y bacilococos : la violencia obstétrica : construcción del cuerpo materno en el discurso médico hegemónico, heteronormativo y patriarcal**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Romina Paola Magliocco**

**María Alicia Gutiérrez, tutora**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis: 2017**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



Tesina de la Carrera de Ciencias de la Comunicación

**Sobre ostras, mejillones y bacilococos: La Violencia obstétrica.**

**CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO MATERNO EN EL DISCURSO  
MÉDICO HEGEMÓNICO, HETERONORMATIVO Y PATRIARCAL**

Tema: **cuerpo + maternidad + mandato heteronormativo**

Tres palabras claves:

**Violencia + Medicina Hegemónica + Patriarcado.**

Tutora: **María Alicia Gutiérrez**

Email: [mariagut27@yahoo.com.ar](mailto:mariagut27@yahoo.com.ar)

Autora: **Romina Paola Magliocco**

DNI: 28.547.784

Teléfonos: 4294-6821/1561600880

Email: [rpmagliocco@gmail.com](mailto:rpmagliocco@gmail.com)

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

- Octubre 2017 -

La siguiente tesina parte de una experiencia personal que encontré eco en las vivencias de otros cuerpos maltratados durante “el momento más feliz de la vida”: la llegada de un hij@ al mundo.

Invita a pensar la maternidad desde otro lado, ése que nadie nos cuenta y la mayoría de las mujeres ha preferido callar. El silencio y la ausencia de transmisión generacional son los pilares para que una microfísica del poder invada al cuerpo gestante, lo vuelva dócil, lo enajene y transforme una experiencia tan íntima, emocional y propia, en algo carente de sentido. Por lo tanto, mi propósito fue romper con ese silenciamiento a través de un cuerpo que concibe, da a luz y se muestra tal cual es, plagado de sentido.

*Para cambiar el mundo hay que cambiar primero la forma en que nacemos.*

Michel Odent



*Puedo sentirte - presa de una fantasía - presiona el resentimiento en tu pecho, desciende por todos tus órganos, haciendo fuelle en tu vientre. Y como un poema perenne, fatal – por fin – pereces, pubis de niña, perla de ostras y mujer latente. Te desplumas, arqueándote sobre tu cama, sacando todas tus penas, toda tu mugre e ingesta de bilis y bacilococos.*

Oma Hiroko, "Quiero hablarte de las ostras y los bacilococos".

# Índice

Agradecimientos.....	7
Introducción.....	9
Consideraciones metodológicas.....	12

## Primera Parte

1. Nuevo Orden Capitalista: el fin de una sexualidad femenina.....	20
1.1. La batalla contra el poder de las mujeres.....	20
1.2. La figura de la bruja, vestigio de una sexualidad femenina incompatible con la disciplina capitalista .....	22
1.3. Análisis a partir de los textos de Fedirici y Rodrigáñez Bustos.....	26
1.4. Conclusiones.....	29
2. Consideraciones y prácticas entorno al cuerpo y su incidencia en la construcción del cuerpo materno.....	30
2.1. El cuerpo gestante como cuerpo enfermo.....	30
2.2. Caracterización del Escenario Actual: el cuerpo globalizado.....	31

2.3. La noción de un Sujeto que se auto-construye.....	33
2.4. Breve interpretación de la lectura de Butler.....	34
2.5. El cuerpo gestante como <i>estado excepción</i> .....	34
3. La Maternidad como producto de un contexto político, social y cultural.....	37
3.1. El camino de la maternidad hacia una concepción cultural.....	37
3.2. La maternidad como mandato cultural y patriarcal.....	40
3.3. La maternidad posmoderna.....	41
3.4. El pasaje del parto con su atmósfera íntima y femenina a las manos de la Medicina Hegemónica.....	41
3.5. Antecedentes de la promoción de un “Parto sin dolor” en Argentina.....	45
3.6. Reflexiones entorno a la imposibilidad de llevar adelante un “parto sin dolor”.....	48
3.7. El fenómeno <i>doula</i> y el parto domiciliario como <i>los contra-espacios, lugares reales fuera de todo lugar</i> .....	49

## Segunda Parte

4. La violencia obstétrica fundada en la Medicina Hegemónica y el mandato patriarcal y heterosexual dominante.....	54
4.1. La falta de información, un aliado funcional al Sistema.....	54
4.2. El discurso médico hegemónico y sus armas: el exceso de confianza, la amenaza/ el miedo y la figura de la máxima autoridad.....	55
4.3. La violencia simbólica, punto de partida de la violencia obstétrica.....	57
4.4. La violencia obstétrica vs el parto como un proceso fisiológico y natural...58	
4.5. Cifras oficiales.....	59

4.6. Cómo denunciar un caso por violencia obstétrica y sus Regulaciones.....	60
4.7. Las voces de la violencia sobre el cuerpo de sus víctimas.....	61
5. Conclusiones.....	66
6. Bibliografía.....	68

## Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer la confianza puesta en mi propuesta de trabajo y su apoyo incondicional a María Alicia Gutiérrez, Docente y Directora del Grupo de Investigación en Comunicación Gutiérrez; también, Titular de la Cátedra Principales Corrientes del Pensamiento Contemporáneo, quien acompañó mi proyecto de Investigación desde finales del año 2016, desarrollándose como la Tutora a cargo de esta Tesina. Para ella, mi reconocimiento y respeto eternos, como así también al Equipo de Docentes que integran la Cátedra PCPC y el GIC, previamente mencionado. Asimismo, quiero agradecer a Mariela Singer, Docente a cargo del Seminario Optativo: Cuerpo, Comunicación y Política en la Producción de Subjetividad, quien me acompañó en una primera instancia de elaboración del Proyecto y me ayudó a pensar y plantear la problemática que deseaba estudiar. También, a la Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires en su conjunto: desde los Docentes, Estudiantes y Compañerxs, hasta sus Directivos, que me enseñaron a pensar y a ver el mundo con otra mirada, lejos de aquella que imponen los Medios de Comunicación y las Instituciones que legitiman con sus discursos el orden capitalista, heteronormativo y patriarcal dominante. Todos ellos presentan como natural situaciones, que a partir de todas las herramientas teóricas y metodológicas recibidas como estudiante de esta Carrera, es posible vislumbrar y plantear como problemáticas presentes en nuestra sociedad contemporánea.

Por otra parte, quiero extender mi agradecimiento a la Asociación Civil *Mamakilla*, que cálidamente y con mucho compromiso me abrió la puerta de su Institución, dando a conocer su tarea de contención y acompañamiento a las familias que transitan las diferentes etapas que implica un embarazo; desde la preconcepción, la gestación, el nacimiento, el puerperio y la crianza. Por otra parte, colaboró en el desarrollo de las entrevistas, facilitando el acceso a las víctimas de la violencia obstétrica; como así también, otorgando información respecto a esta problemática, el marco normativo existente y cómo actúa la medicina hegemónica sobre el cuerpo gestante. Por ello, mi

enorme reconocimiento a Laura Capotorto, Antonela Ferrer y Yamila Adán: Gracias por transmitir sus vivencias, por el coraje y por dedicarse con tanta devoción no sólo a ser madres sino también a acompañar a otras mujeres con apoyo, información, concientización y contención. Dedico este trabajo a las víctimas de la violencia obstétrica y a todos esos cuerpos, que a través de información, fortaleza y resistencia pueden evitar vivir una experiencia semejante.

Por último, quiero extender mi agradecimiento a Pablo por creer en mí, desde el momento en que nos conocimos. A mis pequeñitos, que son mis grandes amores: León, Jano y Gael (que está en la panza). Sin ellos, hubiese sido imposible concretar este sueño y llevar adelante este desafío. A las abuelas (Inés y Piru), que me dieron una enorme mano siempre que las necesité. A mi madre y a mi padre, que me transmitieron la importancia de tener un estudio. A mi abuelo, quién estuvo muy presente durante los años que cursé en el antiguo edificio de Sociales, situado en el Parque Centenario, cerca de su casa.

¡Gracias!

Octubre 2017

## Introducción

*La violación es lo propio del hombre; ni la guerra, ni la caza, ni el deseo crudo, ni la violencia o la barbarie, la violación es lo único que las mujeres – hasta ahora – no se han reapropiado.*

Virginie Despentes, Teoría King Kong

Iniciado el Siglo XXI, cuando hablamos de cuerpo materno, evocamos términos como métodos anticonceptivos, inserción laboral y abandono del hogar, crianza compartida (parentalidad); imaginamos cuerpos que terminan de parir y enseguida están listos para modelarse con el famoso método pilates o el emergente Yoga para puerpéreas. Asimismo, recurren a nuestros pensamientos ventanales enormes y música efervescente, con la leyenda *CrossFit*: donde los cuerpos sudan, las pesas suben y bajan y las pantallas de los *smartphones* se iluminan tratando de combatir el silenciamiento.

Sin duda, pensamos también en el auge de las nuevas tecnologías que facilitan la llegada del niño al mundo, permitiendo conocer cómo se encuentra el bebé a lo largo del embarazo y- en los momentos decisivos- ya sea en la sala de parto o en el quirófano (en caso de realizarse una cesárea). Además del rol fundamental que juegan las llamadas tecnologías de la Procreación al intentar concebir un embarazo, cuando esto no es posible por sus propios medios. Y cómo éstas fueron reapropiadas por las familias homoparentales<sup>1</sup> no por problemas de esterilidad sino movidas por el deseo de ser madres. Podríamos consagrarnos, por fin, bajo la bandera de la “Liberación Femenina” y, sin embargo, lejos estamos de eso.

La problemática del cuerpo materno fue cuestionada y politizada desde el Feminismo a fines del Siglo pasado (1960/1970). A partir de allí, gran parte de sus luchas y resistencias tuvieron que ver con ese férreo intento por recuperar no sólo el cuerpo femenino sino también, la soberanía sobre ese cuerpo. La batalla se libró, entonces, a fin de obtener el derecho al aborto, la libre elección de la maternidad, el disfrute de la

---

<sup>1</sup>Las familias homoparentales están formadas por una pareja de hombres o de mujeres, que deciden ser padres o madres a través de la adopción, la maternidad subrogada (alquiler de vientre) o de inseminación artificial, en el caso de las mujeres.

sexualidad y en contra de cualquier tendencia que implicara la objetivación del cuerpo femenino y su rol biológicamente determinado; esto último envuelve varias creencias: la pasividad femenina, el instinto materno, la dependencia afectiva, entre otras. Un ejemplo de todos estos cuestionamientos fue la elaboración y, posterior, publicación de “Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas” (1ª ed. 1969), impulsado por el Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston. Una suerte de manual que permitía a las mujeres conocer sus cuerpos, tomar contacto con sus ciclos y procesos fisiológicos y – fundamentalmente – a perder el miedo que implicaba el desconocimiento de sus estados y funciones. En este sentido, el cuerpo manipulado por una misma se transformaba en un arma de resistencia frente al maltrato y el abuso llevado a cabo por el sistema médico.

En otras palabras, el Feminismo abrió el debate para poner en tela de juicio las prácticas y los discursos que presentaban como natural la sumisión y denigración del cuerpo femenino. En este contexto, la Argentina incorporó la violencia obstétrica dentro de la Ley Nacional N° 26.485 del año 2009, denominada Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. Con todo, esta ley como otras Leyes Nacionales y Convenios Internacionales no se cumplen. En este sentido, con el afán de abordar la noción de *cuerpo materno*, se obtuvo la diagramación y posterior desarrollo de tres ejes teóricos fundamentales, a saber: **cuerpo**, **maternidad** y **violencia obstétrica**. Al enfrentar esta tarea, corroboré que la maternidad es mucho más que tener un hijo; es un amplio camino que va desde la preconcepción, la gestación, el nacimiento, el puerperio<sup>2</sup> y la crianza. En todas estas instancias, que intervienen previa, durante y posteriormente al embarazo, la construcción del cuerpo materno en relación con el discurso médico hegemónico, el discurso heteronormativo obligatorio y la sociedad patriarcal en su conjunto - en la actualidad - continúa siendo vulnerado, privado de su libertad y capacidad de decisión; y muchas veces, maltratado verbal, física y psicológicamente. Todas estas prácticas son realizadas a diario impunemente en las maternidades - privadas y públicas - por parte de los profesionales de la Salud (Obstétricas, enfermeras, anestesistas, parteras, personal administrativo, entre otros) y se conocen como **violencia obstétrica**. Con todo, esta última se sustenta en una violencia simbólica propia de la sociedad patriarcal y

---

<sup>2</sup> Se denomina puerperio a la etapa que sobreviene al parto y al tiempo que necesita todo el aparato reproductor femenino para recuperarse. Para la medicina hegemónica el puerperio finaliza 40 días o bien entre 5 y 6 semanas, luego del nacimiento. Sin embargo, en cuanto a lo emocional y psicológico, la puericultura entiende que la mamá transita el puerperio durante los primeros dos y tres años del bebé, ya que en ese lapso existe una fuerte fusión emocional entre madre-hijo.

capitalista en la que vivimos. Por consiguiente, de alguna manera, todos – como miembros de esta sociedad - somos partícipes y responsables al legitimar el orden establecido. El aceptar la sumisión de la mujer a la dominación masculina como algo dado y natural, es – sin duda – un ejemplo de ello. Asimismo, al no cuestionar la autoridad personificada en la figura del médico (en este caso, el Obstetra) y de su equipo de trabajo asumimos un rol pasivo, que aparentemente, en algún lugar, se determinó que debía ser así y no de otra manera. Ese lugar tiene que ver con una sucesión de hechos y acontecimientos que modificaron e incidieron en la forma que hoy se acompaña, transita y desarrolla el nacimiento de cada criatura humana. También, con la transmisión oral, generación tras generación y, por ende, lo que se dijo y lo que se calló. Todos estos elementos, que en su conjunto constituyeron grandes procesos (el desarrollo del sistema capitalista y la tecnificación de la sociedad, la instalación del patriarcado, la heterosexualidad obligatoria y la consolidación de la Medicina Hegemónica) incidieron en la formación y socialización de cada individuo e intervinieron - asimismo - en la constitución de subjetividades. Éstas resultan funcionales al orden social vigente y son promovidas a través de los medios de comunicación (sobre todo, la prensa y la publicidad), las prácticas cotidianas (en el trabajo, la familia y los amigos), las redes sociales, el modo en que criamos a nuestros niños (los cuentos de hadas y princesas, de príncipes y dragones, los juguetes, la distinción permanente entre lo que debe hacer y ser un varón; y lo que corresponde, a una niña), etc.; en otras palabras, todos estos discursos no tienen otra finalidad más que reforzar constantemente el discurso hegemónico.

Es a partir de aquí, que este trabajo se propone develar, cuestionar y poner en evidencia los mecanismos de poder que atraviesan los discursos y las prácticas sociales; las creencias instaladas en la sociedad, que alentaron la construcción de subjetividades y las prácticas que legitiman y fortalecen el desarrollo del orden capitalista, patriarcal, heterosexual y hegemónico propio de nuestra sociedad contemporánea.

## Consideraciones metodológicas

### Definición del tema/problema e hipótesis de trabajo

Este trabajo busca indagar la construcción del cuerpo en relación con la maternidad a partir del mandato heteronormativo<sup>3</sup> (cultural y patriarcal) y el discurso médico hegemónico. Para ello, partí de la siguiente sospecha: en nuestra sociedad la maternidad está íntimamente vinculada con nociones como “la esencia femenina”, “la naturaleza de las mujeres”, “el instinto materno”, entre otras. Como contra cara de esta creencia, existe otra: toda mujer que no sea heterosexual queda privada de su potencialidad progenitora<sup>4</sup>. En este sentido, la **hipótesis** de esta investigación plantea que la maternidad entendida como algo dado y natural y no, como una construcción cultural y social promueve prácticas coercitivas sobre los cuerpos, conocidas como **violencia obstétrica**. Cabe señalar, que esta última es una forma de violencia de género, vigente desde hace décadas en Argentina y en otros lugares del mundo. Por ejemplo, la realización de cesáreas innecesarias es una de las modalidades que asume la práctica de este tipo de violencia. *La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa ideal de cesáreas oscile entre el 10% y el 15%. En 2005, ese organismo ubicó en el 35% la tasa en la Argentina. Actualmente, en el sector privado las cesáreas se ubican por encima del 60% y en el público, alrededor del 30%*<sup>5</sup>. Este concepto desconocido para muchas personas, incluso para aquéllas que han sido víctimas de la violencia obstétrica, recién en la actualidad está ganando cuerpo y voz. Se define - a grandes rasgos - como aquélla que se ejerce contra las mujeres tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas. Algunos ejemplos, son: negar información al cuerpo gestante, practicar cesáreas innecesarias, inyectar fármacos y realizar intervenciones quirúrgicas cuando no corresponde y sin consulta previa, maltratar verbal y físicamente a las embarazadas antes, durante y después del parto. Está tipificada en la ley de Protección Integral a las mujeres (26.485), que a su

---

<sup>3</sup>La Heteronormatividad resulta de una forma impuesta de ver el mundo de acuerdo a dos categorías distintas y complementarias: hombre y mujer; donde la heterosexualidad es la regla por excelencia. Todo aquello que no responda a la norma es marginado, privado de su visibilidad y perseguido por el orden social que se retroalimenta de las Instituciones y los discursos - que éstas promueven - para legitimar y presentar la heteronormatividad como natural y obligatoria.

<sup>4</sup>En palabras de Kath Weston, la lesbiana madre representa un oximorón en tanto supone una identidad procreativa (madre) con una identidad sexual (lesbiana) que popularmente se tiene como la antítesis de la sexualidad procreativa. Weston, K. *Families we choose: lesbians, gays, kinship*. New York, Columbia, University Press, 1991.

<sup>5</sup> Struminger, Brenda. *Violencia Obstétrica: mujeres maltratadas en la soledad de la sala de parto*, en el Diario La Nación, 15 de Octubre de 2005, párrafo N°10.

vez cita la de Derechos de Padres e Hijos en el Nacimiento o más conocida como la de Parto Humanizado (25.929), promulgada en 2004 pero reglamentada en el 2015. En la práctica, ninguna de ellas se cumple como debería. En este contexto, surgió la necesidad de acudir a una Organización sin fines de lucro (Mamakilla) que trabaja para difundir información acerca de esta problemática, a través de una Asesoría Legal Gratuita y Talleres de Gestación Consciente, donde la propuesta es contener y acompañar a las familias para evitar vivir situaciones traumáticas y dolorosas; sobre todo, conocer los derechos que garantizan un parto respetuoso y como siempre lo han imaginado. El contacto con la Asociación Civil Mamakilla facilitó la elaboración de tres entrevistas a víctimas de la violencia obstétrica. Por consiguiente, no es posible hablar de una muestra representativa del universo; sino de una Investigación exploratoria fundada en una visión general, de tipo aproximativo, de un fenómeno que apenas se conoce.

La elaboración de esta tesina pretendió vincular nociones aprendidas como estudiante de Ciencias de la Comunicación con la temática del cuerpo. Si bien este último ha sido objeto de estudio y de reflexión desde la Antigüedad, la necesidad y urgencia de tomarlo como problemática es relativamente joven dentro de la Carrera. Asimismo, el énfasis estuvo puesto en relacionar la noción de cuerpo con la maternidad, el orden patriarcal dominante y el discurso médico hegemónico presentes en nuestra sociedad.

Cabe señalar, que esta investigación se desarrolló conforme a la propuesta de trabajo del Grupo de Investigación en Comunicación, a cargo de la Docente y Directora María Alicia Gutiérrez. Por ello, uno de los objetivos principales fue analizar la relación existente entre Capitalismo, Sujeto y Poder. Dichos contenidos fueron abordados a lo largo de toda la Carrera, pero fundamentalmente en la materia Principales Corrientes del Pensamiento Contemporáneo. Profundizar estas cuestiones, permitió comprender los cambios en el contexto (económico, social, político, religioso, etc.) y cómo influyeron en el lugar que ocupa el cuerpo materno en la sociedad contemporánea. Además de la bibliografía de consulta sugerida por el GIC, este trabajo tomó - entre otros- el aporte de Silvia Federici en su libro "Caliban y la bruja: Mujeres cuerpo y acumulación originaria"<sup>6</sup>. Su trabajo muestra el rol fundamental que desempeñó la persecución de brujas - tanto en Europa como en América durante los Siglos XVI y

---

<sup>6</sup>Federici, Silvia, *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires, Tinta Limón, 2004.

XVII - constituyéndose un aspecto central de la acumulación y formación del proletariado moderno<sup>7</sup>.

De igual modo, el trabajo de Casilda Rodrigáñez Bustos, *Pariremos con placer*<sup>8</sup>, ubica a la caza de brujas como parte de un proceso más amplio, que inicia con las guerras de devastación de aldeas enteras matrifocales y culmina con la persecución y muerte de miles de mujeres - mal llamadas brujas – con el objetivo de justificar la matanza y erradicación del último residuo y componente de un modo de ser, una sexualidad femenina, que se resistía a acatar el nuevo orden capitalista y patriarcal.

Ambos trabajos permitieron contextualizar un período de represión y silenciamiento que fue altamente funcional a un modo de vida, no sólo individual sino también social; una conducta del ser humano que para desarrollarse acorde a los lineamientos del orden capitalista, necesitó valerse de una nueva concepción de pensar y actuar en sociedad. La filosofía mecanicista es un ejemplo de esto; la noción de cuerpo-máquina, un cuerpo que es preciso medir, calcular, clasificar hubiese sido impensable en un mundo medieval, donde el cuerpo estaba vinculado a la naturaleza e invadido por fuerzas sobrenaturales. Resultó urgente terminar con nociones precapitalistas para disciplinar a ese cuerpo, que en analogía con el cuerpo social, no era más que el cuerpo del proletariado. Y para instalar esa conducta casi científica que hacía del tiempo, capital; del capital, trabajo y de este último, plus-valor la lucha se libró descabelladamente contra las mujeres y sobre todo, contra su fortaleza: la sexualidad femenina.

A partir de estas lecturas, es posible argüir que el triunfo del capitalismo se consolidó - a mí entender - sobre tres grandes fundamentos: la consolidación del patriarcado, el desarrollo de una heterosexualidad obligatoria y la instalación de un discurso médico hegemónico. A partir de estos tres gigantes y su capacidad de vincularlos y enfrentarlos, me propuse abordar tres ejes teóricos: **cuerpo, maternidad y violencia obstétrica**. A continuación, realizo un breve recorrido de cómo se abordarán los ejes anteriormente enunciados, la metodología y los objetivos presentes en este trabajo.

---

<sup>7</sup>Dado que la persecución de brujas en el contexto europeo como en el Nuevo Continente, asumió similares características a fin de acotar el objeto de estudio y el abordaje de nociones y paralelismos, esta tesina tomó únicamente para su análisis el primer caso (el del Viejo Continente).

<sup>8</sup>Rodrigáñez Bustos, Casilda, *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Ediciones Crimentales S.L., 2007.

El **Capítulo I Nuevo Orden Capitalista: el fin de una sexualidad femenina** presenta los trabajos de Silvia Federici y Casilda Rodríguez Bustos. Ambos permiten contextualizar la represión, persecución y muerte de un modo de ser incompatible con el orden capitalista, patriarcal y heterosexual que se estaba gestando; una sexualidad femenina que fue encubierta con el pseudónimo de bruja para – de alguna manera – justificar el exterminio de miles de mujeres que se resistían a acatar las nuevas prácticas y sobre todo, al discurso hegemónico. A partir de estas lecturas se intenta analizar y reflexionar acerca de la construcción de subjetividades; sobre todo, cómo se instala la relación: mujeres / maternidad / naturalización / reproducción y poder. Al mismo tiempo, cómo se instituye la heteronormatividad, la maternidad obligatoria y la consolidación de la medicina moderna como discurso médico hegemónico por excelencia; su incidencia en la medicalización del cuerpo de las mujeres y su peso para entender la reproducción como lo característico del instinto femenino.

El **Capítulo II** tiene como objetivo acercar algunas consideraciones entorno al **Cuerpo**, a partir de los trabajos de las filósofas feministas post estructuralistas: Judith Butler y Teresa De Lauretis. A continuación, se realiza un sencillo análisis de la mirada social sobre el cuerpo embarazado en la sociedad contemporánea. Asimismo, este apartado busca reflexionar acerca de la labor del médico profesional y su equipo (parteras, anestesistas, enfermeras, etc.) en relación al trato que se le da al cuerpo gestante cuando se lo asiste.

El **Capítulo III** está dedicado a la **Maternidad**; contiene una breve reseña, que ubica a la maternidad en el tiempo y cómo fue abordada a través de la historia y diferentes estudios sociológicos. El objetivo es comprender el carácter cultural de la maternidad y en este sentido, cómo se construyen las subjetividades a partir del mandato cultural y patriarcal. Asimismo, se observa que la maternidad asume nuevas formas en la sociedad contemporánea, que tiene que ver con las nuevas formas de consolidación de familias y parentalidades. Esta multiplicidad también tiene sus efectos en la forma de pensar las subjetividades hoy en día. Por otra parte, quiero resaltar los cambios producidos en el entorno a la hora de parir. Es decir, el pasaje que se dio de un cuerpo gestante acompañado por una única presencia femenina a un cuerpo sometido a toda la maquinaria, estructura y rutina de la Medicina Hegemónica. En relación a esto último, se hace referencia al intento de algunos profesionales de la salud - en los años '60 - de instalar en Argentina "el parto vertical" o más conocido, "parto sin dolor"; y cómo ese afán perdió fuerza debido al contexto político y social de la época. Por

último, se presentan dos fenómenos: el parto domiciliario y el saber de las *doulas*.<sup>9</sup> Ambos pueden ser pensados como contra cara de la violencia obstétrica y como resistencia frente a las instituciones de salud que olvidaron cuáles son las necesidades básicas de los cuerpos en trabajo de parto y de los bebés recién nacidos.

El **Capítulo IV** se propone conocer sobre qué mecanismos se sustenta la **violencia obstétrica**. Para ello se realizaron entrevistas a un grupo reducido de víctimas de violencia obstétrica, como una forma de abordar algunos casos, conforme al carácter exploratorio de esta investigación. En este apartado se analizan los datos relevados a la luz de la teoría, procurando desarticular qué creencias, nociones, supuestos, mandatos están presentes en esa violencia que - ante todo - considero es simbólica. Por otra parte, el acceso al relato de las víctimas (sus experiencias y vivencias) tuvo como objetivo: denunciar, concientizar e informar. Por último, se hace referencia al marco normativo vigente, los derechos y las posibilidades que existen actualmente en nuestra sociedad para hacer efectiva una denuncia por violencia obstétrica.

### **Metodología de trabajo**

En un comienzo, existió una primera instancia de lectura e investigación. A partir de allí, se construyó un objeto de estudio (el cuerpo) de alto interés a investigar; es decir, como una urgencia en el campo de las Ciencias de la Comunicación y - por otra parte - como una necesidad urgente de comprender: ¿Por qué se vulnera al cuerpo que está por dar a luz? En este sentido, el objeto de estudio se vio atravesado por varios ejes: la maternidad, la medicina hegemónica y el patriarcado. Por consiguiente, fue preciso plantear una pregunta problema capaz de atravesar todos estos ejes temáticos. La misma puede enunciarse de la siguiente manera: **¿Cómo operan el mandato heteronormativo y el discurso médico hegemónico en la construcción del cuerpo materno?**

**Preguntas:** algunos interrogantes que impulsaron el desarrollo de esta investigación

\*¿Existe el cuerpo materno fuera de su esencia, “lo auténticamente femenino”?

\*¿Qué representaciones respecto a “lo femenino” construidas a lo largo de la historia tienen vigencia sobre el cuerpo?

---

<sup>9</sup>*Doula* es la figura maternal con la cual una mujer puede contar durante todo el período cercano al nacimiento.

\*¿Qué efectos producen dichas representaciones sobre la subjetividad femenina y la soberanía sobre sus cuerpos?

\*¿Qué representaciones están en juego en las “experiencias comunes” de mujeres que construyen una identidad femenina que se niega a naturalizar la alienación del cuerpo en relación con la maternidad?

\*¿Por qué existe todo un andamiaje por parte de la Medicina Hegemónica y la sociedad patriarcal cuyo único objetivo pareciera ser transformarlo en un cuerpo dócil?

Finalmente, la elaboración de una hipótesis de trabajo – mencionada al comienzo de este apartado - capaz de motivar y llevar adelante este desafío.

Como siguiente instancia, fue necesario crear un corpus de investigación y - paralelamente - acceder al relato de tres víctimas de la violencia obstétrica a fin de comprender cómo se construyen las subjetividades y, en este sentido, cómo se desarrolló esa fusión cuasi inseparable del trinomio: mujeres /maternidad – naturalización/reproducción y poder.

A continuación, se señalan los textos y documentos implicados en la elaboración del corpus de Investigación:

\*Bibliografía sugerida y correspondiente al trabajo realizado con el Grupo de Investigación en Comunicación (GIC) a cargo de María Alicia Gutiérrez.

\*Textos propios de la Carrera Ciencias de la Comunicación y autores que reflexionan sobre el cuerpo, a fin de poder vincularlos con la Maternidad.

\*Textos que permitieron contextualizar y dar cuenta del carácter cultural y social de la Maternidad. Asimismo, de cuales fueron las transformaciones en el entorno de la parturienta (lugar donde da a luz y personas que están presentes en ese momento).

\*Documentos y discursos vinculados a la Violencia Obstétrica y sus regulaciones: Ley 26.485, Ley 25.929 y Convenios Internacionales.

Como así también, a las denuncias, audiovisuales y testimonios que existen en las Redes Sociales (Facebook, Tumblr, Blogger y YouTube).

\*Datos estadísticos. Si bien no existen cifras oficiales, la agrupación *Las Casildas* promovió el desarrollo del Primer Observatorio de Violencia Obstétrica en Argentina y dio a conocer los porcentajes más relevantes.

\*Entrevistas a un grupo reducido de mujeres, como testimonio de la violencia impresa sobre el propio cuerpo. Las mismas se realizaron con la participación y colaboración de la Asociación Civil *Mamakilla*. Acceder al discurso de las víctimas permitió conocer cuál era el lugar de la mujer gestante en la sociedad; es decir, cómo se construyó la mujer gestante, qué representaciones primaron en esa construcción y a la hora de perder la soberanía sobre el propio cuerpo. La grilla para las entrevistas se elaboró teniendo en cuenta el marco teórico. Las preguntas cerradas facilitaron poder volcar los datos relevados en valores numéricos (estadísticas) y, las abiertas, a realizar un análisis en el plano discursivo. Según Greimas, a través del discurso el sujeto construye el mundo como objeto y se construye a sí mismo.<sup>10</sup> Por eso, el empleo de esta técnica permitió acceder a un nivel interpretativo más profundo que en los enunciados textuales y -al mismo tiempo- dar a conocer al sujeto de la enunciación.

\*Textos que permitieron contextualizar y reflexionar acerca del lugar que ocupa la Medicina en la sociedad contemporánea y del Modelo Médico Hegemónico.

\*Textos y autores capaces de caracterizar la sociedad actual, con el objetivo de dar cuenta de la incidencia de los avances tecnológicos a la hora de parir conforme al caso Argentino.

\*Finalmente, el corpus de Investigación está formado por la lectura y reflexión de diversos autores, cuyos trabajos constituyen un aporte y un antecedente claves a la hora de definir el marco teórico de esta Tesina.

### ***Mamakilla: Embarazo y Crianza***

Como se advirtió con anterioridad, esta Tesina se enmarca en la labor, buena voluntad y calidez de la Asociación Civil *Mamakilla*<sup>11</sup> y de cada una de sus integrantes (María Laura Capotorto, Antonela Ferrer y Yamila Adán) quienes desde un primer momento aceptaron participar con la realización de las entrevistas, abriendo las puertas de su Institución. *Mamakilla* es una Organización sin fines de lucro, cuyas actividades se

---

<sup>10</sup> Greimas, A. J., *La dimensión cognitiva de la narrativa discursiva*, Mimeo, 1976.

<sup>11</sup>Para más información, acceder a la página web [www.mamakill.net](http://www.mamakill.net) y <https://es-la.facebook.com/MamakillaAsociacionCivil/>

realizan principalmente en la calle Azara 156, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires. Desde el año 2010 trabaja en la contención de familias, que transitan las diferentes etapas que implica un embarazo: preconcepción, gestación, nacimiento, puerperio y crianza. Su énfasis está puesto en promover, ayudar y brindar información acerca de una gestación consciente, la importancia de la lactancia materna y la necesidad de una crianza en “tribu”; es decir, una crianza acompañada y enriquecida con las experiencias y el apoyo de otras familias que están en idéntica situación. Asimismo, la Dra. Nadia Bustamante realiza Asesoría Legal gratuita sobre planes de parto, cómo accionar frente a la violencia obstétrica y para promover y difundir los derechos en el nacimiento, conforme al marco normativo vigente. Por otra parte, *Mamakilla* realiza continuamente campañas de acción y concientización para llegar a la Comunidad. Como se mencionó con anterioridad, esta investigación asume su carácter exploratorio, en la medida que se trabajó con un grupo muy reducido de entrevistadas, víctimas de la violencia obstétrica. Por ello, no es posible tomar dichas vivencias como una muestra representativa del universo total.

# I. Nuevo Orden Capitalista: fin de una sexualidad femenina.

## 1.1. La batalla contra el poder de las mujeres

Casilda Rodrigáñez Bustos en *Pariremos con placer* refiere a la caza de brujas como parte de un proceso mucho más amplio, que tiene que ver con la negación, prohibición y destrucción de una sexualidad femenina propia de otro tiempo e incompatible con el orden falocrático<sup>12</sup>. Para ella, la consolidación y generalización del patriarcado fue un proceso discontinuo y largo. Durante 3000 años tuvieron lugar las guerras de devastación de ciudades enteras y aldeas matrifocales; entonces se exterminaron generaciones de hombres que las protegieron con sus vidas; guerras durante la cuales se esclavizaron generaciones de mujeres que vivían plenamente su sexualidad. Finalizadas las guerras y consolidada la sociedad patriarcal, continuó un período de larga y dura resistencia por parte de mujeres que conservaban el antiguo modo de vida, privilegiando y respetando su sexualidad. A fin de imponer definitivamente el orden falocrático, se creó la figura de la bruja, que tenía trato con el demonio, se la persiguió y asesinó impunemente, borrando todo vestigio de esa otra sexualidad.

Basada en investigaciones y estudios concretos<sup>13</sup>; y en el conocimiento de cómo funciona el útero, desarrolla la noción de un parto sin dolor. Es decir, su hallazgo y el de otros científicos, radica en que las contracciones de trabajo de parto no son dolorosas. Lo que habitualmente conocemos como dolor durante el parto se debe a espasmos y calambres del útero, ya que culturalmente desde niñas, se ha negado el fluir de un movimiento capaz de preparar al útero para el momento de dar a luz. Además, enfatiza cómo la idea transmitida generación tras generación del dolor presente en el parto condiciona a la mujer, que en una situación de extremo stress y miedo a lo porvenir (conforme a las características del entorno que acompaña el nacimiento), asume ese lugar de dolor predestinado. Lo revolucionario de Rodrigáñez Bustos, no es sólo el hacernos partícipes de este descubrimiento (antes los partos no eran dolorosos) sino también los disparadores que hicieron posible su investigación; a

---

<sup>12</sup> La autora emplea este término para hacer alusión al patriarcado; su uso contiene una carga valorativa más fuerte, con lo cual su empleo supone una mirada crítica y despectiva respecto al orden patriarcal. .

<sup>13</sup> Para Frederick Laboyer aquello que conocemos como contracciones adecuadas del trabajo de parto, son calambres, como respuesta a una disfunción del movimiento rítmico, ondulante y suave del útero. Grantley Dick Read llegó a la misma conclusión a partir de diversas investigaciones pudo corroborar que las contracciones dolorosas son patológicas; el dolor en el parto constituye un sistema de defensa frente a una situación de miedo y/o stress. (*Pariremos con placer*, p.13).

saber: ¿Cómo se consiguió que las niñas crecieran sin mover el útero, reprimiendo sus pulsiones espontáneas, sin corros autoeróticos, sin cultura de danzas sexuales?<sup>14</sup> ¿Por qué le estorba al poder la sexualidad femenina? ¿Por qué necesita que el parto y el nacimiento sean dolorosos, y cómo consiguieron que fueran así?<sup>15</sup> Para Rodrigáñez Bustos la represión sexual de la mujer desde la infancia y la propagación y el desenvolvimiento de partos dolorosos resultaron necesarios y funcionales para la instalación del capitalismo, el patriarcado y una sociedad que no tiene como finalidad el bienestar de sus componentes sino el triunfo del poder. En este sentido, aquello que se conoce como libido materna, su función y presencia resulta incompatible con todo el proceso cotidiano de represión que vive el ser humano desde su nacimiento, el modo en que se lleva a cabo su crianza, la educación, la forma en que participa en los procesos productivos (trabajo); en definitiva, el desarrollo individual de cada criatura humana, como así también en las relaciones sociales, conforme a las aristas de una sociedad patriarcal. Esta última exige que la criatura se críe en un estado de necesidad y de miedo permanente<sup>16</sup>; y no sólo eso, que haya conocido el hambre, el dolor y el miedo, durante las primeras horas luego del nacimiento<sup>17</sup>.

La autora advierte cómo con la represión de esa otra sexualidad femenina, se consolida la maternidad sin deseo y el desarrollo de la “madre patriarcal”. Define a esta última como la mujer que subordina el bienestar de sus hijos al éxito social, en una sociedad jerarquizada, competitiva y guerrera; y, además, tiene su cuerpo disciplinado para limitar su libido sexual a la complacencia falocrática.<sup>18</sup>

Con todo, el orden patriarcal no se conformó con reprimir y silenciar la fortaleza de una sexualidad femenina; perseguir y asesinar a cientos y miles de “brujas”; sino también que para consolidarse y triunfar definitivamente necesitó volverla inimaginable. En este sentido, en su último capítulo, Rodrigáñez señala cómo frente a la imposibilidad de

---

<sup>14</sup>Rodrigáñez Bustos, *Pariremos con placer*, p.48.

<sup>15</sup>*Ibidem*, p.89.

<sup>16</sup>Este estado refiere a cómo -en la mayoría de los casos- hemos sido criados y continuamos criando, alentando a nuestros hijos a que sean sumisos frente a la autoridad, que acaten órdenes, que sean buenos y que no lloren, aunque estén solos en la cuna, que coman lo que la autoridad competente manda y no lo que su organismo necesita, que duerman cuando conviene a nuestra autoridad y no cuando viene el sueño. En la actualidad, la crianza genera mucho interés no sólo desde la teoría sino también, desde la práctica. Es común que padres y/o madres participen con sus niños de “grupos de crianza”, donde es posible manifestar dudas, expresar sentimientos; en síntesis, compartir un espacio común con otros pares e intercambiar experiencias a fin de enriquecer esta ardua tarea.

<sup>17</sup>En casi todas las maternidades sean privadas o públicas, inmediatamente después del nacimiento se somete al bebé a una serie de rutinas (bañarlo, controlar su peso, su ritmo cardíaco, su temperatura, etc.), que atentan contra la diada madre-hijo. M. Odent describe esta modalidad como una ruptura de la simbiosis madre-criatura, que hace que el recién nacido se encuentre en un desierto afectivo, de asepsia libidinal y de carencia de contacto físico con el cuerpo materno.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p.98.

hacer desaparecer toda una cultura - las costumbres y los objetos materiales de la vida cotidiana – el orden falocrático cambió el significado de los símbolos de las culturas neolíticas. Entonces, se escribieron las historias y los mitos, para dejar constancia de ese otro significado. Por ejemplo, la fuerza e importancia que asumía la serpiente representando a esa otra sexualidad fue asimilada con la imagen de un ser repugnante, representativo del mal. De hecho, el asco que - por lo general – sentimos hacia los reptiles (sus mucosas y pieles húmedas) tiene estrecha similitud con el sentimiento de pudor que hemos adquirido frente a nuestro cuerpo desnudo y sus fluidos.

## **1.2. La figura de la bruja, vestigio de una sexualidad femenina incompatible con la disciplina capitalista**

*Calibán y la bruja* pone a disposición del lector todos los elementos del mundo medieval (condiciones de trabajo: servidumbre, características del cuerpo social y hábitos sociales, sexuales, religiosos, entre otros), un mundo que para quienes detentaban el poder resultaba urgente desencantar a fin de establecer los cimientos para el desarrollo de un orden capitalista. En este sentido, la autora advierte: El capitalismo fue la respuesta de los señores feudales, los mercaderes patricios, los obispos y los papas a un conflicto social secular que había llegado a hacer temblar su poder y que realmente produjo “una gran sacudida mundial”.<sup>19</sup>

Federici se pregunta a lo largo de toda su investigación cómo se explica la ejecución de cientos de miles de “brujas” a comienzos de la Era Moderna y por qué el capitalismo surge mientras está en marcha esta guerra contra las mujeres. Para encontrar un sentido a semejante acto atroz es preciso entender la fuerza, la fortaleza, el valor que tenían las mujeres en esa época. De alguna manera, las mujeres comandaban y organizaban la vida social y sexual dentro de la comunidad<sup>20</sup>. Las familias eran polígamas y las relaciones entre hombres y mujeres eran de par a par. Las mujeres asumían un rol muy activo, emprendían múltiples tareas desde la alfarería, hilar, la crianza, el cuidado de los hombres y los ancianos, el empleo de hierbas medicinales, entre otras<sup>21</sup>. Sin duda, ese núcleo de confianza, de saberes

---

<sup>19</sup> Federici S., *Calibán y la bruja*, p.34.

<sup>20</sup> Para comprender mejor esto, la autora señala: La dependencia de las mujeres con respecto a los hombres en la comunidad servil estaba limitada por el hecho de que sobre la autoridad de sus maridos y de sus padres prevalecía la de sus señores, quienes se declaraban en posesión de la persona y la propiedad de los siervos y trataban de controlar cada aspecto de sus vidas, desde el trabajo hasta el matrimonio y la conducta sexual (Ibíd., p.40).

<sup>21</sup> Federici explica: En la aldea feudal no existía una separación social entre la producción de bienes y la reproducción de la fuerza de trabajo: todo el trabajo contribuía al sustento familiar.

transmitidos generación tras generación, de magia y encanto frente a lo natural y lo sobrenatural, ese mundo comandado por lo femenino era ineludible acallar, llenar de miedo y erradicar.

El trabajo de Federici tiene como objetivo mostrar la capacidad de lucha y resistencia con la cual el mundo medieval evitó por todos sus medios dar el salto a una era capitalista. La misma autora señala: En la lucha anti-feudal encontramos el primer indicio de la existencia de un movimiento de base de mujeres opuesto al orden establecido, lo que contribuye a la construcción de modelos alternativos de vida comunal en la historia europea. Se trataba de intentos organizados de desafiar las normas sexuales dominantes y de establecer relaciones más igualitarias entre hombres y mujeres. Además del rechazo al trabajo de servidumbre y a las relaciones comerciales.<sup>22</sup>

A diferencia de una sociedad feudal inmóvil y estática donde cada estamento aceptaba el lugar que se le designaba en el orden social, la aldea medieval era escenario de una lucha cotidiana permanente entre el campesinado y los terratenientes. La resolución más importante entre amos y siervos fue la sustitución de los servicios laborales por pagos en dinero. Esto último no sólo significó el fin de la servidumbre, sino también la desintegración de la aldea feudal; asimismo, actuó como un medio de división social en las áreas rurales y parte del campesinado sufrió un proceso de proletarización. En este contexto de creciente comercialización y monetización de la vida, las mujeres perdieron su derecho a heredar un tercio de la propiedad de su marido. En las zonas rurales, muchas mujeres quedaron excluidas de la posesión de la tierra por ser solteras o viudas. Como consecuencia a finales del siglo XIII se produjo el gran éxodo del campo hacia las ciudades, donde la mayoría de los inmigrantes eran mujeres. La calidad de vida de las mujeres en los centros urbanos se caracterizó por una extrema pobreza; los trabajos eran muy mal pagos; eran sirvientas, vendedoras ambulantes, comerciantes, hilanderas y prostitutas. Con todo, la subordinación a la tutela masculina era menor, ya que en las ciudades podían vivir solas, o como cabeza de familia con sus hijos, o conviviendo con otras mujeres. Con el tiempo, se dedicaron a realizar muchas de las tareas que luego fueron limitadas a la esfera masculina; entonces,

---

Las mujeres trabajaban en los campos, además de criar a los niños, cocinar, lavar, hilar y mantener el huerto; sus actividades domésticas no estaban devaluadas y no suponían relaciones sociales diferentes a los hombres, tal y como ocurría luego en la economía monetaria, cuando el trabajo doméstico dejó de ser visto como trabajo real. (Ibídem, p.41):

<sup>22</sup> Ibídem, p.34.

trabajaban como: herreras, carniceras, panaderas, cerveceras, sombrereras, cardadoras de lana, entre otros.

Con todo, a finales del siglo XV, a fin de acallar los disturbios sociales y las demandas de los trabajadores, el Estado implementó una política sexual misógina preparando el terreno para la caza de brujas. La misma apuntaba a contener a los trabajadores más jóvenes y rebeldes, quienes podían acceder al sexo gratuitamente y como consecuencia, el antagonismo de clase dio un giro transformándose en hostilidad contra las mujeres. Por ejemplo, en Francia, las violaciones ya no eran tomadas como un delito siempre y cuando fuesen mujeres de clase baja. Las llevaban a cabo grupos de dos a quince jóvenes; sus víctimas se veían obligadas a abandonar la ciudad o dedicarse a la prostitución. Otro aspecto de la política estatal fue el establecimiento de los burdeles municipales que tuvo como finalidad no sólo contener a los trabajadores sino también, actuar como un remedio contra la homosexualidad (muy presente en lugares como Papua y Florencia)<sup>23</sup>. De esta forma, se eliminó cualquier tipo de traba contra la prostitución, reconocida oficialmente como un servicio público. La Iglesia llegó a ver la prostitución como una actividad legítima. Se creía que el burdel administrado por el Estado proveía un antídoto contra las prácticas sexuales orgiásticas de las sectas herejes y que era una cura para la sodomía, así como también un medio para proteger la vida familiar.<sup>24</sup>

Las décadas de 1620 y 1630 marcan el auge de una crisis demográfica y económica sin precedentes en la historia europea. Como consecuencia, nuevas ideas comenzaron a fomentarse y se consolidaron como una suerte de axioma social; el énfasis estaba puesto en promover el crecimiento de la población como sinónimo de riqueza de la nación. De esta forma, surge una nueva concepción de los seres humanos en la que éstos eran vistos como recursos naturales, que trabajaban y criaban para el Estado. Por ejemplo, en Francia e Inglaterra, el Estado adoptó una política reproductiva capitalista a partir de la cual, se aprobaron leyes a favor del matrimonio y el celibato era considerado un delito. En este contexto, las mujeres fueron el blanco perfecto para que el Estado regulara su sexualidad, la procreación y la vida familiar. Para ello, era preciso romper el control que las mujeres habían ejercido sobre sus cuerpos y su reproducción. Hacia mediados del siglo XVI todos los gobiernos europeos penalizaban la anticoncepción, el aborto y el infanticidio. Con la

---

<sup>23</sup> A fin de erradicar la homosexualidad, en 1403, el gobierno florentino prohibió a los sodomitas acceder a cargos públicos y creó una Comisión de control: la oficina de la Decencia, (Ibídem, p.81).

<sup>24</sup> Ibídem, p.82.

sospecha de que las madres asesinaran a sus hijos recién nacidos se produjo la salida de la partera que acompañaba a la parturienta en el momento del parto y el ingreso de la figura del doctor. Esto hizo que las mujeres asumieran un rol más pasivo en el nacimiento de sus hijos; paralelamente, el médico se transformó en el protagonista, una suerte de dador de vida, autorizado a privilegiar – en caso de emergencia – la vida del feto sobre la de la madre.

De esta forma, bajo el pseudónimo de brujas se persiguió y asesinó impunemente a todas las mujeres que manifestaban resistencia y lucha contra el orden (social, sexual, religioso, de trabajo, de usos y costumbres, etc.) que se intentaba imponer. La bruja no era solamente quien entregaba las hierbas o un preparado a una embarazada para realizar un aborto; sino también toda mujer que se valiera de similares sustancias para evitar quedar embarazada y tener control sobre su sexualidad<sup>25</sup>, una suerte de antecedente del uso de métodos anticonceptivos. En suma, la figura de la bruja quebró los lazos entre hombres y mujeres, que veían en todas ellas una bruja en potencia. Asimismo, creó un círculo de desconfianza entre las mismas mujeres, las vecinas comenzaron a denunciar a las sospechosas por brujería, se instaló el miedo a terminar quemada viva en una hoguera o a sufrir la violencia y denigración que implica caminar desnuda en público, soportando el peso de una estructura de hierro sobre la cabeza. Las mujeres dejaron de reunirse, de convivir juntas; hasta entonces, era muy común que un grupo de mujeres compartiera la misma vivienda.

Paralelamente, a este proceso de implantación de miedo, prohibición y persecución, se gestaba la nueva máquina capitalista que no contemplaba mujeres entre sus filas. Relegadas de sus oficios y de las tareas comunes llevadas a cabo dentro de la comunidad, muchas no tenían para comer. Por otra parte, la prohibición de la poligamia llevó a que muchas - abandonadas por sus maridos y sin trabajo - quedaran en una situación de absoluta indigencia. La salida más efectiva para la gran mayoría fue la prostitución. A diferencia del período anterior, la mirada del Estado frente a esta actividad cambió rotundamente; primero, se aplicaron restricciones como cerrar burdeles y luego, fue criminalizada. Las prostitutas eran golpeadas, violadas y sobre todo, perseguidas por detentar el orden social mostrándose en público y además por intentar controlar su reproducción. La bruja era también la prostituta, la que enviaba a los hombres con sus artilugios sexuales, provocándolos y conduciéndolos por el

---

<sup>25</sup> En el siglo IV, la Iglesia se convirtió en la religión estatal. El clero advirtió el poder que tenía el deseo sexual sobre los hombres e intentó por todos los medios combatirlo. De esta manera, identificó lo sagrado con la práctica de evitar a las mujeres y el sexo. En el apartado La politización de la sexualidad, Federici comenta: *La Iglesia intentó imponer un verdadero catecismo sexual, prescribiendo detalladamente las posiciones permitidas durante el acto sexual, los días en los que se podía practicar el sexo, con quien estaba permitido y con quien prohibido.* (Ibídem, p.63).

camino de la embriaguez y el vicio, opuesto a las buenas conductas y a la predisposición a asumir un trabajo asalariado como se estaba implementando. Otras mujeres colaboraban con los hombres, que realizaban oficios en sus casas; como resultado eran doblemente explotadas: por quedar fuera del sistema y por trabajar para sus maridos, además de realizar todas las tareas del hogar sin recibir compensación monetaria alguna. La imposibilidad de las mujeres para acceder a tener su propio dinero creó las condiciones materiales para su sujeción a los hombres. Estos últimos comenzaron a ganar poder, además del salario que recibían a cambio de su trabajo. Paralelamente, la participación de las mujeres en la economía productiva quedó relegada al seno familiar identificado con la esfera privada, sumidas únicamente en los quehaceres de la casa y en su capacidad de reproducir la fuerza de trabajo para el nuevo orden patriarcal y capitalista. De igual modo, el establecimiento de la monogamia, la prohibición de conductas sexuales como la sodomía (sexo anal) y la persecución de mujeres que convivían bajo el mismo techo; todos estos elementos sumados a cuestionamientos religiosos, sirvieron de base para la imposición de la heterosexualidad como única forma de relación admisible.

### **1.3. Análisis a partir de los textos de Fedirici y Rodríguez Bustos**

El siguiente apartado tiene como objetivo comprender las relaciones: mujeres/maternidad/naturalización/reproducción y poder. Por otra parte, cómo se instituye la heterosexualidad / la maternidad/ la medicalización sobre los cuerpos de las mujeres y el peso de la medicina hegemónica para entender la reproducción.

*Calibán y la bruja* contextualiza la vida comunal en la aldea feudal, haciendo hincapié en el rol fundamental de las mujeres; es decir, su fortaleza, sus labores y sus responsabilidades trabajando a la par de los hombres y fundamentalmente, en compañía de otras mujeres. Asimismo, describe cómo eran las relaciones de poder entre amos y esclavos y, por consiguiente, la tensión permanente que existía entre ellos, con el objetivo de enfatizar – al mismo tiempo – la capacidad de lucha y resistencia que se gestaba desde lo femenino en contra del nuevo orden que se intentaban imponer. Su objetivo fue mostrar cómo la persecución y muerte de cientos de miles de “brujas” resultó funcional al establecimiento y desarrollo del orden capitalista. Para ello, señala cómo comenzaron a perder terreno a partir de diversos cambios; como ser: la comercialización de la vida, el éxodo del campo a las ciudades, las políticas sexuales misóginas que asume el Estado (fomentación de la prostitución e instalación de los burdeles municipales) y, luego, frente a la crisis demográfica y

económica, la penalización de la anticoncepción, el aborto y el infanticidio. Todas estas medidas tuvieron como finalidad controlar la vida sexual de las mujeres y trazar las directrices para lo que luego se conoció como “la caza de brujas”, que no fue más que un período de muerte, persecución, prohibición e instalación de miedo para terminar con ese núcleo de saberes y fuerza propios de las mujeres. Al presentar a estas últimas como brujas, se rompieron los lazos entre hombres y mujeres, pero también entre las mismas mujeres. Asimismo, Rodrigáñez Bustos hace referencia a los akelarres, como un sitio de común unión entre las mujeres, quiénes se juntaban por las noches a bailar alrededor de las hogueras. Es posible que esta descripción recurra a nuestra mente como el icono de las brujas por excelencia. Sin embargo, la autora emplea esta imagen para dar cuenta de la sintonía y calidez que habitaba en esos círculos y cómo la muerte masiva de tantas mujeres no fue más que el deseo supremo de terminar con esa sexualidad femenina totalmente incompatible con el orden falocrático. Según Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, en Alemania hubo aldeas en las que sólo se salvó una mujer. En Tolouse, en un solo día, quemaron a 400 mujeres. A los ojos de la Iglesia, todo el poder de las brujas procedía en última instancia de la sexualidad<sup>26</sup>. Por otra parte, se observa cómo las mujeres perdieron protagonismo, ya que se les impidió participar de los procesos productivos; esto es, quedaron relegadas de sus oficios y sumidas en sus hogares bajo la única tarea de reproducir las fuerzas de trabajo. Asimismo, dejaron de ser protagonistas de sus propios partos, dado que en un contexto de absoluta desconfianza entre las mismas mujeres, la comadrona que acompañaba hasta entonces el nacimiento de sus hijos, también fue perseguida bajo el rótulo de “bruja”. Como consecuencia, surgió la figura del doctor en este ámbito - primero privado y que, con el tiempo, se convirtió en público.

A partir de todo esto, es posible prever que el monstruo del capitalismo se alzó sobre varias *patas*: la implementación de un orden patriarcal, la heterosexualidad obligatoria y el desarrollo de lo que más tarde se consolidó como medicina hegemónica. De hecho, el debate que se dio al interior de la filosofía mecanicista acerca del modelo a seguir (cartesiano o hobbesiano)<sup>27</sup> y los hallazgos de la incipiente ciencia dedicada al

---

<sup>26</sup> Rodrigáñez B., p.47.

<sup>27</sup> En Descartes (modelo cartesiano) la reducción del cuerpo a materia mecánica hace posible el desarrollo de mecanismos de autocontrol, autodisciplina y autorregulación, que sujetan el cuerpo a la voluntad. Para Hobbes (modelo hobbesiano) no existe posibilidad de una razón libre que gobierne al cuerpo; por lo tanto, las funciones de mando radican en el exterior, lo cual implica la sumisión total del individuo al poder del Estado. Ambos coinciden en hacer del

estudio del cuerpo (Anatomía) pueden verse como un antecedente del discurso médico hegemónico. Es decir, la idea de un cuerpo rebelde que era preciso controlar, regular, medir y clasificar no fue más que un paralelismo con el cuerpo social cuyo comportamiento desmedido resultaba urgente apaciguar y disciplinar para el buen funcionamiento del orden capitalista. Con la Filosofía Mecanicista surgió un nuevo espíritu burgués capaz de calcular, clasificar y ordenar. Esto no hubiese sido posible sin antes haber combatido y desterrado la noción de un cuerpo encantado, provisto de poderes y en común unión con la naturaleza, propio del mundo medieval.<sup>28</sup>

**“La primera máquina desarrollada por el capitalismo fue el cuerpo humano y no la máquina de vapor, ni tampoco el reloj.”<sup>29</sup>**

El desarrollo de esa máquina ofreció en un principio muchas resistencias. Como resultado, los cuerpos de las mujeres enfrentadas al establecimiento de un orden patriarcal, ardieron en el fuego de la hoguera. De hecho, estas últimas junto con las cámaras de tortura constituyeron una suerte de laboratorio donde se consolidaron muchos conocimientos sobre el cuerpo. Conforme a esto último, Rodrigáñez Bustos señala: *El pensamiento mecanicista necesitó ocultar la devastación de la vida, previa e imprescindible para cualquier tipo de operación de dominación y de robotización de los cuerpos.*<sup>30</sup> De hecho, a lo largo del siglo XVI en todos los países de Europa los gobiernos aprobaron medidas que encomendaban los cuerpos de los ejecutados para el desarrollo de los conocimientos de Anatomía. *En este contexto, se condenaron y persiguieron las prácticas de aborto y la anticoncepción lo cual entregó al cuerpo femenino a manos del Estado y de la ciencia médica y redujo al útero a una máquina de reproducción del trabajo.*<sup>31</sup> Al mismo tiempo, surgieron costumbres como el uso de cubiertos para comer, la vergüenza frente al cuerpo desnudo, cómo había que reír, bostezar, caminar, cómo estar en la mesa y cuándo estaba permitido cantar y hacer bromas. Federici sentencia – finalmente - *en este intento obsesivo por conquistar y regular al cuerpo, la burguesía intentó “colonizar” a ese ser ajeno, peligroso e improductivo que era el proletariado.*<sup>32</sup>

---

cuerpo una máquina basada en la regularidad y el automatismo propios de la disciplina del trabajo capitalista (Ibidem, p.192).

<sup>28</sup> En palabras de Federici: La idea de cuerpo mecánico, de cuerpo máquina no podría haberse convertido en modelo de comportamiento social si previamente el Estado no hubiese destruido y combatido una amplia gama de creencias y prácticas pre-capitalistas cuya existencia contradecía a la filosofía mecanicista.

<sup>29</sup> Ibidem, p.200.

<sup>30</sup> Rodrigáñez B., p.109.

<sup>31</sup> Federici, p.199.

<sup>32</sup> Ibidem, p.213.

#### 1.4. Conclusiones

Por medio de la violencia más cruda, el miedo, la prohibición y la muerte, triunfó el Capitalismo, dejando fuera de sus procesos productivos a las mujeres y transformándolas en fuente de explotación, ya que sus úteros eran los responsables de la reproducción de las fuerzas de trabajo. Conforme al poder que ganaron los hombres - enfrentados a las mujeres y consolidados como los “nuevos amos del capital”- se instaló el Patriarcado y la heterosexualidad obligatoria. Todos estos aliados del Capital se vieron fortalecidos con el impulso que cobró la Medicina, desterrando los saberes de las mujeres y el empleo de plantas naturales para uso medicinal que se llevaba a cabo en esos tiempos. Con la persecución de la curandera de pueblo, se expropió a las mujeres de un patrimonio de saber empírico, en relación con las hierbas y los remedios curativos, que habían acumulado y transmitido de generación en generación, una pérdida que allanó el camino para una nueva forma de cercamiento: el ascenso de la medicina profesional que, a pesar de sus pretensiones curativas, erigió una muralla de conocimiento científico indisputable, inasequible y extraño para las clases bajas. Afianzándose así, lo que hoy se conoce como discurso médico hegemónico y la medicalización sobre los cuerpos de las mujeres.

- ✓ Federici, Silvia, *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires, Tinta Limón, 2004.
- ✓ Rodríguez Bustos, Casilda, *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Ediciones Crimentales S.L., 2007.

## II. Consideraciones y prácticas entorno al cuerpo y su incidencia en la construcción del cuerpo materno

### 2.1. El cuerpo gestante como cuerpo enfermo

*La Medicina, la Pedagogía y la Economía, hicieron del sexo no sólo un asunto laico, sino un asunto de Estado; aún más, un asunto en el cual todo el cuerpo social y casi cada uno de sus individuos era instado a vigilarse.*<sup>33</sup>

En el primer volumen de *Historia de la sexualidad*, Foucault señala cómo - en las postrimerías del siglo XVIII - la sociedad occidental inventó una tecnología del sexo capaz de controlar y vislumbrar en los cuerpos relaciones de poder. La misma se valía de cuatro ejes estratégicos; a saber: la histerización del cuerpo de la mujer, la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas de reproducción y la psiquiatrización del placer perverso. La finalidad de este nuevo dispositivo era el cuidado, la regulación y la protección de un cuerpo diferenciado y normalizado.

El siglo XIX- con el psicoanálisis a la cabeza- y la entrada en el siglo XX, trajeron un cambio sustancial: una teoría del sexo como elemento independiente y, paralelamente, una serie de estrategias políticas encaminadas a someter al cuerpo: la vigilancia, los exámenes médicos y psicológicos. La revolución tecnológica, política, social y económica que trajo consigo la revolución industrial fue también un disparador para los grandes avances de la medicina y, a su vez, para su transformación absoluta en un modelo tecnocrático caracterizado por:

1. El desplazamiento de los espacios y de los roles ocupados en ellos: el embarazo y el parto se trasladaron a los centros de salud, y la mujer y sus acompañantes –histórica y culturalmente otras mujeres que ya habían pasado por esa experiencia y que se ofrecían a estar con la parturienta desde un lugar emocional y corporal- son relegadas a un lugar secundario o directamente desaparecieron<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Foucault M., *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2012, p.141.

<sup>34</sup> Este pasaje se desarrollará en profundidad en el siguiente capítulo, vinculado al abordaje de nociones entorno a la Maternidad.

2. La patologización del embarazo, el parto y el post-parto: el cuerpo de la mujer empieza a ser entendido desde la enfermedad, y los procesos fisiológicos que desencadenan y posibilitan la armonía entre esos tres estados son intervenidos y medicalizados por el personal de salud en aras de una mejora de la situación física de la mujer.

En este contexto, la obstetricia asumió el rol de reguladora del sexo femenino, desarrollando políticas de sumisión, vigilancia y micropoder corporal, a través del empleo de prácticas invasivas como los exámenes médicos rutinarios (el papanicolau, la colposcopia, las ecografías mamarias, etc.) hasta intervenciones más graves como la ligadura de trompas sin el consentimiento expreso de la mujer e, incluso, la falta de respeto total y absoluto al momento más íntimo y sexual de la vida de una mujer, su parto.<sup>35</sup> Este tipo de prácticas que vulneran el cuerpo de la mujer, realizadas sin consulta y/o consentimiento se conocen como violencia obstétrica. Esta última se vivencia en el sistema de salud en general (privado o público), pero sus condiciones de posibilidad y operatividad trascienden el ámbito institucional. La impunidad en el ejercicio de la violencia sobre los cuerpos de las mujeres se ancla y consolida a partir de la construcción de una subjetividad femenina heterónoma y el disciplinamiento social de sus cuerpos en materia de sexualidad, que data – como desarrollé en el capítulo anterior - desde el establecimiento de una sociedad capitalista y patriarcal hasta nuestros días.

## **2.2. Caracterización del Escenario Actual: el cuerpo globalizado**

Vivimos en un mundo atravesado por múltiples procesos: el auge del capital financiero, las nuevas formas productivas y tecnológicas, la re-definición del espacio-tiempo, la disolución de las fronteras, la tensión entre lo global y lo local; la hibridación cultural, entre otros.<sup>36</sup> Asistimos, en consecuencia, a la emergencia de nuevas problemáticas sociales surgidas a partir de la profundización de las políticas neoliberales de la década del '90. El impacto de este proceso se vislumbra en lo que Deleuze denomina el advenimiento de las nuevas sociedades de control, en detrimento de las sociedades disciplinarias - así llamadas por Foucault - en las que se han ido configurando nuevas

---

<sup>35</sup> A partir de la consolidación de la Medicina en modelo tecnocrático, es posible inferir que el cuerpo femenino se transforma en objeto de estudio y domesticación. Las prácticas de rutina y las intervenciones quirúrgicas mencionadas en este párrafo son consideradas violencia obstétrica, cuando no existe consulta ni autorización previa, media la falta de respeto y el maltrato, la infantilización de la persona y denigración, etc. Todas éstas se analizan en el Capítulo IV, Violencia Obstétrica.

<sup>36</sup> Saskia Sassen, *La Ciudad Global*, Eudeba, 1999; 2003.

subjetividades e identidades sociales. Paralelamente a estos cambios, se evidencia una acentuación de los particularismos, es decir, una tendencia creciente a la diferenciación que se manifiesta en la emergencia de nuevas identidades políticas, multiculturales, étnicas, religiosas y sexuales, entre otras. Es decir, los “nuevos sujetos” del mundo globalizado definen sus formas de vida a partir de anclajes identitarios heterogéneos.<sup>37</sup> Conforme a este nuevo escenario, el estudio y abordaje del Sujeto se presenta como un gran desafío para las Ciencias Sociales. Por un lado, el aporte teórico - filosófico post- estructuralista alzó su crítica a la Modernidad, al cuestionar la racionalidad Occidental basada en esquemas binarios y etnocéntricos. Por otra parte, las filósofas feministas de esta corriente contribuyeron con la distinción de las categorías de sexo y género; con lo cual, la identidad sexual dejó de ser pensada como producto de la naturaleza y los cuerpos comenzaron a ser interpretados en relación con la cultura.

Por lo tanto, el aporte de Filósofas Feministas post- estructuralistas como Judith Butler y Teresa de Lauretis resultan relevantes en el marco de esta tesina que intenta comprender cómo el capitalismo, el patriarcado, la heterosexualidad obligatoria y el discurso médico hegemónico presentan como natural la dominación masculina, la violencia y vulnerabilidad sobre el cuerpo de la mujer gestante. Si bien ambas autoras apuntan a entender la construcción de identidades y subjetividades, sus nociones entorno a estos temas contribuyen a develar cómo se construye el cuerpo materno. Asimismo, motivan a reflexionar sobre otras inquietudes; como ser: ¿Qué materialidad está presente?; ¿Qué discursos priman en la construcción del cuerpo materno?; ¿Qué valores, vivencias, nociones delimitan ese cuerpo, lo moldean?; ¿Qué discursos inciden en la elaboración del cuerpo materno como identidad?; ¿Qué vivencias están presentes en la construcción de las subjetividades del cuerpo materno?; ¿Cómo se limita; cómo se alza; cómo se para? Todas estas cuestiones se trabajaron con un grupo de mujeres víctimas de la violencia obstétrica y se profundizarán en los siguientes apartados. De cualquier manera, el interés de abordar acá algunas nociones de estas autoras consiste en tratar de comprender - en otras palabras - ¿Cómo se altera el cuerpo femenino cuando se ve atravesado por la maternidad? Entendida esta última – conforme a la creencia instalada en nuestra sociedad - como “lo propio de lo femenino”, “su esencia”, “lo natural”. Por consiguiente, estos trabajos permiten también re- pensar la maternidad lejos de esa idea que la vincula

---

<sup>37</sup>Jameson, Frederic & Žižek, Slavoj, *Estudios Culturales, Reflexiones sobre el multiculturalismo*, Buenos Aires, Paidós, 1998.

directamente con la naturaleza y entenderla – por fin – como una construcción cultural, producto de un tiempo y un espacio, mediados por lo social.

### 2.3. La noción de un Sujeto que se auto-construye

*¿Ser mujer es un “hecho natural” o una actuación cultural? ¿Esa “naturalidad” se determina mediante actos preformativos discursivamente restringidos que producen el cuerpo a través de las categorías de sexo y dentro de ellas?*

Butler, *El género en disputa*, Prefacio (1990), p. 37.

Judith Butler hace una lectura de Louis Althusser<sup>38</sup> y sostiene que la interpelación ideológica – en los términos que la plantea este último – apela a la noción de un sujeto anterior a lo social. Es decir, su identidad se presenta como natural, como algo dado; mientras que el sujeto se sitúa por delante del acto de interpelación / socialización.<sup>39</sup> De acuerdo a esta concepción, la idea de un sexo natural - previo a lo social - es posible dentro de un sistema social mediado por la normativa de género. En 1990, Butler publica *El género en disputa* y cuestiona esta idea. Su noción de *performances* o actuaciones de género tienen que ver con un hacer de forma reiterada y obligatoria conforme a una normativa de género instalada en la sociedad, que es negociada constantemente. Esto último significa que el sujeto actúa el género en función de una normativa que promueve y legitima; o bien, sanciona y excluye. Las *performances* son prácticas sociales – no hechos aislados – llevadas a cabo en un contexto social donde no existe una esencia detrás de las mismas; sino que en su repetición producen el efecto de una esencia natural.

Por otra parte, para Teresa De Lauretis la subjetividad se construye en un proceso permanente propio de la experiencia, por el cual cada persona adquiere su género. En este sentido, la subjetividad no está determinada por la biología sino por un devenir. En la definición de De Lauretis prima la idea de movimiento constante, apertura, variación, dinamismo, propios de la interacción con otros sujetos. Ambas autoras plantean la noción de un sujeto que se auto-construye conforme a un contexto

---

<sup>38</sup>Althusser, L., *Ideología y Aparatos Ideológicos del Estado*, Notas para una Investigación, Barcelona, Anagrama, 1977.

<sup>39</sup> Ver, también, Butler, J., *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, 1ª ed., Buenos Aires, Paidós, 2002., pp. 179 – 183.

sociocultural, donde intervienen los discursos y las prácticas concretas con otros sujetos. En definitiva, se trata de un sujeto no esencializado sino producto de una experiencia histórica.

#### **2.4. Breve interpretación de la lectura de Butler**

Me pregunto de qué manera estas consideraciones inciden en este trabajo; en este intento por comprender cómo se construye el cuerpo materno a partir del discurso heterosexual obligatorio y el discurso médico hegemónico; ambos vigentes en nuestra sociedad capitalista, patriarcal y contemporánea. Cuando Butler cuestiona la idea de un sexo natural previo a lo social no quiere decir que no hay sexo o mejor dicho, que la materialidad del cuerpo no exista. Por el contrario, su énfasis está puesto en que no existe una forma directa de acceder esa materialidad si no es a través de los discursos, las prácticas y las normas. Es decir, a través de la repetición de prácticas discursivas se materializan los cuerpos y las identidades; ese “hacer” Butler lo denomina *performance*. En realidad, no hay una sola *performance* sino que son varias; por eso, reciben el nombre de *performances*. Estas últimas responden a la normativa heterosexual presente en nuestra sociedad actual. Si bien las posibilidades de actuar el género están determinadas por ese discurso social normativo; es posible modificarlas a través de la sumisión o el rechazo. En este sentido, Butler señala el carácter coactivo del contexto en el que se desarrollan las actuaciones de género, ya que se castiga a quienes no representan su género conforme a la heteronormatividad; por ejemplo, las minorías sexuales. Entonces, el cuerpo asume el lugar de la opresión y, al mismo tiempo, de la lucha política concreta. En palabras de la autora: “(...) es a través del cuerpo que el género y la sexualidad se exponen a otros, que se implican en los procesos sociales, que son inscriptos en las normas culturales y aprehendidos en sus significados sociales.”<sup>40</sup>

#### **2.5. El cuerpo gestante como estado excepción**

Giorgio Agamben introduce la idea de un “Estado de excepción” para hacer referencia al modo en que se desarrolla la vida política a partir del SXX. Este trabajo toma su concepto – no para reflexionar acerca de las formas que asumen los gobiernos en la actualidad; sino apropiándose de su definición para caracterizar el embarazo como un lapso de tiempo donde se interrumpen todas las obligaciones sociales. A grandes rasgos – siguiendo a Agamben – el estado de excepción es el momento del derecho en el que se suspende el derecho para garantizar su continuidad e inclusive su

---

<sup>40</sup> Butler J., *Deshacer el género*, Buenos Aires, Paidós, 2004, p. 39.

existencia. De acuerdo a esta concepción, el embarazo es un hecho temporario, donde las exigencias estéticas (marcadas por los cánones de belleza de la sociedad contemporánea) como así también, el comportamiento, los modos y las conductas que asume el cuerpo gestante quedan sin efecto; como si se paralizarán en el tiempo y asumieran nuevamente su carácter obligatorio y coactivo una vez concluido el tiempo de gestación.

En la sociedad actual, un cuerpo bello por excelencia está demarcado por la delgadez. Además de esta variable, incide la figura en su conjunto; en otras palabras, no se trata únicamente de tener bajo peso sino también, de contar con un cuerpo trabajado, elaborado, moldeado. En este sentido el auge de la tecnología facilita todas estas posibilidades ya sea desde la estética con sus intervenciones quirúrgicas o bien, a través de una multiplicidad de productos que existen en el mercado: cremas reductoras, cremas para reducir estrías, shampoo para alisar el cabello o tener rulos perfectos, tinturas, esmaltes, maquillaje, entre otros; incluso, para los hombres: lociones para combatir la calvicie, aceites para lucir una barba pomposa, cremas hidratantes, etc. También están los gimnasios que permiten incrementar la fuerza con sus pesas y complementos; e incluso, a partir de una diversidad de técnicas y disciplinas que cada persona elige para modelar su figura y poseer otras habilidades; por ejemplo: pilates, tae-box, danzas africanas, natación, capoeira, entre otras.

Contrariamente, a toda esta maquinaria - que hace de un cuerpo deseable y elogiabilel embarazo se presenta como una instancia temporal donde se suspende la imagen corporal anterior y el cuerpo cambia constantemente: su forma, el peso, las líneas que lo demarcan.<sup>41</sup> El cuerpo embarazado es un cuerpo en desarrollo permanente de acuerdo a todos los cambios que lleva a cabo el organismo en su interior; primero, para poder alojar al embrión y luego para acompañar y permitir su crecimiento. Es un cuerpo cargado de valor simbólico: la panza se vuelve signo de la fertilidad y la fortaleza; de la bondad y el amor. Las miradas externas reparan únicamente en el abdomen, que asume un rol protagónico a lo largo de nueve meses, provocando – por lo general – la fascinación y el asombro del público. En este estado de éxtasis y de ansiedad por lo por venir, pareciera ser que la exigencia social frente a este cuerpo (saciado e insaciable, glotón, curvilíneo, panzón) se suspende. Entonces, el cuerpo

---

<sup>41</sup> Para caracterizar el cuerpo embarazado, este trabajo tomó la ponencia de la Lic. Eugenia Zicavo (Becaria Doctoral CONICET, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires) *Cuerpo y maternidad. Cuerpos embarazados, ¿Cuerpos embarazosos?* XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires.

gestante presenta similitudes con ese cuerpo carnavalesco que caracteriza Batjín<sup>42</sup> como un cuerpo desbordado; *una especie de cuerpo provisorio, siempre en la instancia de la transfiguración sin descanso. Un cuerpo siempre boquiabierto, que sólo puede estar en la abundancia, que apela – sin cesar – al exceso.*<sup>43</sup> En este sentido, el cuerpo embarazado recupera el espíritu del carnaval gracias a la aceptación y valoración que le otorga el consenso social; sin embargo, el discurso médico hegemónico queda por fuera de esa suerte de estado de excepción – mencionada anteriormente – ya que en él radica la tarea de encauzar, controlar y medicalizar. En definitiva, someterlo a todos los estudios de rutina propios del embarazo que se realizan en la actualidad: análisis de sangre, ecografías periódicas, vacunas, empleo de vitaminas, ácido fólico, hierro y otros medicamentos (en caso, de ser necesario); asimismo, en la última etapa del embarazo, los controles (las consultas con el especialista) se vuelven más frecuentes, incluyendo los monitoreos fetales y tactos vaginales. Sobre esta función, esta tarea, este deber ser y hacer, la medicina hegemónica traza las aristas para el desarrollo de la violencia obstétrica que se da tanto en los consultorios particulares (cuando el cuerpo gestante asiste a los controles con su médico obstetra), como así también, en el momento de la internación en las maternidades (privadas o públicas) durante el trabajo de parto y el parto propiamente dicho o cesárea. El discurso médico hegemónico recurre a los cánones de belleza de la sociedad contemporánea para maltratar, denigrar y volver dócil a ese cuerpo que está vulnerable a punto de vivir uno de los momentos más significativos de la vida del ser humano, la llegada de un hijx al mundo.

---

<sup>42</sup> Refiere a Bajtín, Mijaíl en su conocida obra *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento: el contexto de Francois Rabelais*.

<sup>43</sup> Le Breton, David, *Antropología del cuerpo y Modernidad*, 1995, p.25.

### III. La Maternidad como producto de un contexto político, social y cultural.

#### 3.1. El camino de la maternidad hacia una concepción cultural

Silvia Tubert demuestra en *Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología* cómo en diferentes momentos de la historia, la cultura otorgó a la mujer la capacidad única de ser madre. Según Tubert: *Durante tanto tiempo se ha concebido a la maternidad como una función de carácter instintivo, profundamente arraigada en la estructura biológica de la mujer, independiente de las circunstancias temporales y espaciales en las que tiene lugar; que nos resulta difícil reconocer que, en tanto fenómeno humano, la maternidad es una construcción cultural.*<sup>44</sup> En su libro - *El carácter femenino, Historia de una ideología* - Viola Klein demuestra cómo la cultura y la sociedad, a través del tiempo y en las diferentes geografías, otorga mayor o menor valor a la maternidad.<sup>45</sup> Retomando la obra *Calibán y la bruja, Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* y en relación a la institucionalización de la maternidad, Federici señala que el modo en que se nos presenta la maternidad hoy en día es producto de la tradición mariana de la Iglesia Católica Romana y del concepto de familia burguesa propio de la Modernidad. Como he desarrollado en capítulos precedentes, el triunfo de este modelo no hubiese sido posible sin la persecución que se libró previamente contra el poder de las mujeres, otorgado por su sexualidad y representado en la falsa<sup>46</sup> figura de la bruja. La efectividad de este período de silenciamiento y destrucción radica en que a pesar del paso del tiempo y los cambios en las formas de pensar de las sociedades, en la actualidad las parejas ya no se casan masivamente como ocurría antes. Las que acceden al matrimonio, si no resulta, se separan aunque haya hijos de por medio. Otras prefieren el concubinato y - de esta manera - también tienen hijos, compartiendo a través de los papeles únicamente el apellido. Las hay de mujer con mujer y de hombre con hombre. De hecho, el término *pareja* ni siquiera es pensado pura y exclusivamente conforme a una relación heterosexual. Débora Tajer advierte acerca de esta multiplicidad de configuraciones y situaciones familiares; y cómo la articulación

---

<sup>44</sup> Tubert, Silvia, *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid, Siglo XXI, 1991, p. 49.

<sup>45</sup> Klein, Viola, *El carácter femenino. Historia de una ideología*, 3a ed., Buenos Aires, Paidós, p. 30.

<sup>46</sup> El empleo de este adjetivo refiere a la inexistencia de la bruja como la conocemos en la actualidad o bien, como la idea de bruja que tenemos en nuestra cabeza; En palabras de Federici: la bruja perseguida y condenada era la partera, la médica, la adivina, la hechicera... en fin, cualquier mujer que tuviera incidencia en los asuntos de las mujeres y contribuyera a afirmar el poder de las de su género respecto al cuerpo, sus placeres y su fecundidad.

entre el Psicoanálisis y los estudios de género resulta fundamental para encarar estas cuestiones y para abordar problemáticas como la construcción de las subjetividades en el marco de estos nuevos desafíos<sup>47</sup>. De acuerdo a esa “multiplicidad”, Tajer señala cómo entran en crisis nociones como la formación de pareja y la parentalidad a través de nuevas modalidades, a saber: las familias ensambladas, el impacto de las nuevas tecnologías reproductivas, separaciones en el curso de un embarazo, separaciones y tenencias compartidas en niños muy pequeños (a veces, menores de un año), la monoparentalidad por opción, la homoparentalidad, la parentalidad compartida sin constituir pareja, entre otras. Todas estas variantes producen reformulaciones en la forma de pensar la femineidad hasta el momento. Por ejemplo, en cuanto a qué papel juega la maternidad en la actualidad y cómo incide en la construcción de la subjetividad femenina, Tajer reflexiona: antes el deseo de tener un hijo se asociaba a la constitución de la adultez normal en la mujer. Ahora es posible ver que dicho deseo estuvo siempre vinculado a un efecto imaginario de la relación entre maternidad y femineidad construida históricamente en la modernidad.<sup>48</sup> Según Ana María Fernández, la producción de subjetividad engloba las acciones y las prácticas, los cuerpos y sus intensidades; asimismo, es un nudo de múltiples inscripciones deseantes, históricas, políticas, económicas, simbólicas, psíquicas, sexuales, entre otras.<sup>49</sup> En este sentido, la maternidad dejó de pensarse como ese “siguiente escalón” luego del matrimonio y es más frecuente, encontrar a mujeres (más cerca de los 40 que de los 30) que ni siquiera se han planteado el tener hijxs. Muchas eligen dedicarse a su vida profesional, a viajar y/o estar con amigxs. Y quiénes sí tienen hijxs, tampoco renuncian plenamente a su carrera; transcurrida la licencia por maternidad, regresan a su trabajo y viven la maternidad desde otro lado, lejos del quedarse en la casa, sumidas en la crianza y los quehaceres domésticos. De hecho, los hombres participan activamente del cuidado de sus hijxs; tarea que antes era exclusividad de las mujeres y de la *ama de casa*. Con todo, prevalece la creencia que liga a la maternidad con la naturaleza; es decir, como si lo propio de la mujer fuese su capacidad reproductora. El carácter natural de la maternidad fue problematizado y cuestionado a través de diferentes miradas<sup>50</sup>. Por un lado, los trabajos de diversas historiadoras francesas (Badinter, 1980; Knibiehler, 1980, 1999, 2000, 2001, 2004; Thébaud, 2005; Boudiou, Brulé y Pierini, 2005; entre otros) dieron cuenta del factor histórico y polisémico de la

---

<sup>47</sup>Tajer Débora, *Sexualidades desquiciadas*, en Psicología, Diario Página 12, 18 de Diciembre de 2014.

<sup>48</sup> Para profundizar acerca del deseo de tener un hijo y la posibilidad de ejercer la maternidad o no, leer: Chodorow N., *El ejercicio de la maternidad*, 1984; Badinter E., *¿Existe el amor maternal?*, 1981; Fernández A.M., *La mujer de la ilusión*, 1993.

<sup>49</sup>Fernández, Ana María y cols., *Política y Subjetividad*, Buenos Aires, Tinta Limón, 2006, p.9.

<sup>50</sup>Palomar Vereza, Cristina, *Maternidad: Historia y Cultura* en Revista La ventana, Núm.22, 2005.

maternidad, entendida fundamentalmente como práctica social. Por otra parte, a partir de los años sesenta, la historia demográfica toma como objeto de estudio a la maternidad en su afán de analizar fenómenos ligados a la fecundidad y descubriendo los primeros vestigios de los métodos anticonceptivos (Sauvy, Bergues y Riquet, 1960). Asimismo, la maternidad comenzó a abordarse desde una Historia de corte más antropológico (Loux, 1978; Laget, 1982; Gélis, 1984) y cercano al estudio de las mentalidades, haciendo hincapié en los trabajos de la historia de la infancia, de la familia o de la vida privada (Ariès, 1973; Ariès y Duby, 1985-1987; Burguière, 1986). Con el empleo de nuevos métodos de investigación, como la historia oral o las historias de vida, se reconstruyen las vivencias de las mujeres-madres, entendiendo a la memoria como una estructura conformada tanto por el contexto social como por las experiencias individuales y por la oposición entre el pasado y el presente (Thébaud, 2005). Todos estos trabajos presentan a la maternidad como una práctica en movimiento, inserta y en constante interacción con el contexto social y cultural. Por consiguiente, la maternidad deja de pensarse como un hecho natural, atemporal y universal.

Yvonne Knibiehler<sup>51</sup> describe cinco momentos claves que representan a la maternidad en diferentes concepciones; a saber:

1) En la Antigüedad, la palabra “maternidad” no existía (ni en griego ni en latín); sin embargo, la función materna estaba muy presente en las mitologías. En las sociedades rurales y artesanales de la Antigüedad y la Baja Edad Media para combatir la elevada mortalidad se parían muchos hijos con el objetivo de renovar los grupos sociales. En este período, se enfatizaba el rol nutricional de la madre.

2) En el siglo XII los clérigos emplean los términos *maternitas* y *paternitas* para dar cuenta de la función de la Iglesia. La maternidad asume una dimensión espiritual, además de su carácter carnal representado por Eva. Se privilegia así el papel educativo de la figura materna.

3) En la Ilustración, estas dos dimensiones (la espiritual y la carnal) se combinan dando origen al modelo terrenal de la “buena madre”: Aquí confluyen la sumisión a un padre y cierta exaltación otorgada por la tarea de criar a los hijos. La importancia de contar con una buena salud corporal como espiritual gana protagonismo. Por otra

---

<sup>51</sup> Knibiehler, Yvonne. *Historias de las madres y de la maternidad en Occidente*. Argentina, Nueva Visión, 2001.

parte, surge la idea del amor maternal como un elemento indispensable para el recién nacido y al mismo tiempo, se identifica con la idea de civilización y como código de buena conducta. Ahora, impera la relación afectiva sobre la función nutricia y educativa. De hecho, se produce la separación de los roles de la madre y del padre en relación con las tareas de educación y manutención de la prole. La glorificación del amor materno se desarrolló durante todo el siglo XIX, llegando hasta los años sesenta del siglo XX.

4) En el transcurso del SXX, el Estado asume un rol intervencionista y comienza a controlar la función maternal politizándola. Frente a la crisis demográfica, surgen políticas natalistas que definen a la maternidad como deber patriótico, condenando la anticoncepción y el aborto. La modernidad, por medio de la medicalización triunfante y el impacto creciente del poder político, hace entrar a la maternidad en una etapa de turbulencia y confusión. En los años sesenta, los primeros planteamientos feministas disocian a la mujer de la madre, permitiendo a cada una afirmarse como sujetos autónomos.

5) La última etapa de la maternidad es la que vivimos en el umbral del siglo XXI, caracterizada por una gran tensión y multiplicidad de opiniones entorno a cómo se desarrolla la maternidad; en este sentido, el movimiento y la teoría feminista han participado e intervienen activamente.

### **3.2. La maternidad como mandato cultural y patriarcal**

Desde niños somos criados conforme a una normativa de género heterosexual que establece que los varones juegan a la pelota, la lucha y con los autitos; y las nenas, a la mamá, las princesas y la casita. Si un varón se disfraza con la ropa de su mamá y le roba la muñeca a su hermana para llevarla a pasear con su cochecito, seguramente será visto con asombro, su familia se aterrorizará y conseguirá – de manera urgente - una consulta con una Psicopedagoga como primer medida. Parece exagerado y hay quiénes dirán: *¿Quién yo? No, ¡Cómo hacer una cosa así!* Sin embargo, imagino que son pocas las familias que podrían tomarlo con naturalidad; pocas las madres que confiarían sus vestidos, collares y tacos a sus hijos varones; y pocos los padres que reirían o dirían: *¡Dale, disfracémonos juntos!* No es un juicio de valor ni un decir cómo deberían ser las cosas; simplemente, insertos en la sociedad en la que vivimos, cuesta creerlo. Nacemos y crecemos en un contexto heterosexual y todo se plantea en esos términos: la ropa, los juegos, la forma en que nos movemos, los gestos, las palabras

que empleamos... Y así, las niñas crecen cambiando a sus bebotes, paseando a sus muñecas y haciendo las tareas de cocina y limpieza en sus casitas. Todas estas prácticas, responden a la reproducción de estereotipos sexuales; es decir, que se inserta en una dinámica identificatoria en la que el niño/a debe asumir una subjetividad asignada por la tradición familiar conforme a su sexo corporal. Martha Rosenberg denomina a este proceso “domesticación de la sexualidad”<sup>52</sup>. Conforme a esto último, una parte de la sexualidad es encausada de acuerdo a lo socialmente aceptable, y otra parte – lo que no encaja – es reprimida o sublimada.

### **3.3. La maternidad posmoderna**

Hoy día es preciso hablar de *parentalidad*.<sup>53</sup> Esta noción refiere a una crianza compartida, pautada en igualdad de condiciones y responsabilidades, tanto para el padre como la madre. Los tiempos cambiaron, las cabezas se desestructuraron un poco y la forma en que se vive la maternidad ha cobrado nuevas dimensiones, líneas, curvas y relieves. Sin embargo, prevalece cierto vestigio o sombra que continúa relacionando a la maternidad con la naturaleza, con ese deber ser que habita en cada mujer, sencillamente por ser mujer. Considero que en este nuevo devenir de la maternidad coexisten piezas de una subjetividad femenina anclada en el tiempo. Como señala Ana María Fernández, la construcción de la subjetividad femenina responde no sólo a una suerte de discurso abstracto que se ha instituido a lo largo de la Historia de la humanidad, sino fundamentalmente a partir de las prácticas concretas llevadas a cabo por las mismas mujeres. Es posible que el interés en que esto sea así radique en sostener y dar continuidad al discurso patriarcal y heterosexual aún vigente en nuestra sociedad.

### **3.4. El pasaje del parto con su atmósfera íntima y femenina a las manos de la Medicina Hegemónica**

Antiguamente las mujeres se aislaban para parir, iban al monte o a la casa de alguna comadrona (madre, tía o cualquier mujer que fuese madre y experimentada); que representaba la figura materna, el cuidado y la protección que una mujer en trabajo de parto requería. Con el tiempo, la partera se transformó en la figura que guiaba y

---

<sup>52</sup>Rosenberg, Martha, *Subjetividad, sexualidad y aborto*, en Presentación en el Congreso Metropolitano de Psicología, 2002, p.3.

<sup>53</sup>Cabe señalar, que el término parentalidad engloba a ambos padres – sin distinción de sexo o de género – enfatizando que tanto uno como otro se encuentran involucrados en una común responsabilidad.

controlaba la situación de parto en toda su magnitud: era un agente del medio cultural que transmitía creencias y rituales - usando una gran cantidad de procedimientos - incluso algunos invasivos como la dilatación manual del cuello del útero, la compresión del abdomen o el empleo de hierbas tradicionales. De esta forma, los nacimientos comenzaron a socializarse, a tal punto que las mujeres empezaron a parir en el lugar donde vivían el día a día: sus hogares. A pesar de la socialización del parto - a través de la presencia de la partera - las mujeres siempre intentaron mantener a los hombres apartados de esta tarea, sobre todo, a los médicos. En su libro *Nacimiento Renacido*,<sup>54</sup> Michel Odent<sup>55</sup> cuenta que la Obstetricia Moderna se originó en el siglo XVII en Francia, cuando los doctores ingresaron al lugar donde se estaba llevando a cabo un parto y asumieron el rol tradicional de las parteras. Por primera vez, se les pidió a las mujeres dar a luz tendidas sobre sus espaldas;<sup>56</sup> de esta manera, los doctores podían usar los fórceps con más facilidad. Con todo, Odent sitúa lo que él denomina “la masculinización del entorno del parto”<sup>57</sup> recién en la segunda mitad del Siglo XX. Previo a esto, la participación de un médico general en los partos en casa estaba mediada por la presencia de la partera, quien lo llamaba en caso de extrema necesidad. Si el parto era en un hospital, el entorno se mantenía eminentemente femenino. Odent recuerda cuando era estudiante y trabajaba como médico externo en un Hospital de París: *La partera tejiendo era la figura central en la Maternidad. Había un número pequeño de doctores especializados que eran casi invisibles, apareciendo repentinamente si ésta los llamaba y desapareciendo tan rápido como fuera posible.* La esfera del parto se masculinizó por completo, cuando el número de doctores especializados en Obstetricia creció notablemente y, además, otros doctores especializados (como Neonatólogos y Anestesiastas) ingresaron a la sala de partos. Paralelamente, se dio otro cambio, la participación del padre en el momento del nacimiento. Para 1970, esto último se transformó en una regla indiscutible. Por otra parte, los avances tecnológicos facilitaron el desarrollo de dispositivos capaces de controlar y realizar un seguimiento de los últimos momentos del bebé en la panza y

---

<sup>54</sup> Odent M., *Nacimiento Renacido*, pp. 32 -33.

<sup>55</sup> Médico Cirujano y especialista en Obstetricia, en los '70 introdujo la noción de Salas de Parto “como en casa”: con piscinas de agua tibia, libertad para que la mujer pueda expresarse y ser ruidosa, libertad para adoptar cualquier posición, entre otras cosas. Desde el comienzo, trabajó y trabaja para generar una nueva conciencia acerca del nacimiento.

<sup>56</sup> La posición acostada sobre la espalda - que ubica a la parturienta en un lugar de pura pasividad – hoy se ha vuelto universal. Este punto se retomará en la reflexión respecto al Parto Vertical, que se intentó implementar en nuestro país, pero que fue masivamente prohibido y rechazado; la misma se desarrollará en páginas siguientes.

<sup>57</sup> Odent M., *La masculinización del entorno del parto*, en Ecología del Nacer. Para más información, ver <https://ecologiadelnacer.cl/la-masculinizacion-del-entorno-del-parto/>

así, dar cuenta de su estado de salud; los monitoreos fetales continuos que se llevan a cabo en la sala de parto son un ejemplo de esto.

Con la participación del Obstetra, el parto pasó a desarrollarse masivamente en Hospitales, Sanatorios y Clínicas, más conocidos como Maternidades y a formar parte de una estructura, la de la Medicina Hegemónica. Aquello que se conoce como “parto natural” deja de ser natural cuando median los tiempos de una Institución, que inserta en la sociedad contemporánea, busca que sean lo más cortos y redituables posibles. Por ejemplo, para comodidad de las agendas de los médicos, la mayoría de los posibles partos finalizan en cesáreas programadas o bien aquellos casos que indefectiblemente serán partos vaginales (porque el bebé está en posición y encajado, entre otras posibilidades) existe una tendencia actual a emplear métodos de inducción para desencadenar el trabajo de parto y, de alguna manera, controlar el día (que no sea fin de semana ni feriado) y la hora en que posiblemente nazca el bebé. Entonces, se emplean fármacos y hormonas artificiales para provocar las contracciones; anestésicos, sin medir las consecuencias y posibles secuelas, ni reflexionar concientemente si en verdad es requisito urgente su administración; se realizan maniobras<sup>58</sup> para apurar el trabajo de parto, sin comunicárselo a la parturienta ni mucho menos a través de su consentimiento. En definitiva, cuando el parto pasa a manos de la medicina hegemónica, el cuerpo de la mujer gestante es tomado como un cuerpo enfermo, un cuerpo que hay que controlar y medicalizar, observar permanentemente e invadir con fármacos, con técnicas, con tecnología. El parto deja de ser natural con semejante asistencia y se asemeja a un proceso que reproduce los tiempos de la producción capitalista. Evitar los tiempos muertos y obtener un producto lo más pronto posible, pareciera ser la finalidad de toda esta mega estructura comandada por un único saber, el del médico Obstetra. En estas condiciones, se plantan los cimientos que permiten el desarrollo de la violencia obstétrica. El cuerpo de la mujer que ingresa a una Maternidad para dar a luz es regulado, contenido y tomado, como si ya no le perteneciera.

---

<sup>58</sup> La maniobra de Hamilton es una de ellas, se realiza cerca de las 39 semanas de embarazo, mientras la bolsa esté íntegra y el cuello cervical esté blando. Consiste en despegar del útero, el polo inferior de la bolsa amniótica. Este acto provoca la liberación de prostaglandinas, unas hormonas que generan contracciones para desencadenar el trabajo de parto. Cabe señalar que debe existir un motivo específico para que el especialista decida hacer esta maniobra y previamente explicárselo a la parturienta y actuar bajo su consentimiento. Sin embargo, en la mayoría de los casos, ninguna de estas posibilidades ocurre; los médicos al pasar por alto la explicación y el lograr un acuerdo con la paciente, no tienen en cuenta a esta última; invaden su cuerpo con una técnica – que hasta incluso se podría evitar; en definitiva, todas estas faltas se vuelven comunes y forman parte de la rutina del embarazo cuando éste llega a su fin, lo cual implica la naturalización de la violencia obstétrica.

A través de la masculinización del parto, se perdió esa complicidad que existía entre mujer y comadrona; asimismo, la calidez y la protección propios de este vínculo. Por otra parte, se inmovilizó el cuerpo de la parturienta, que ya no podía pasearse por el cuarto donde estaba por dar a luz y asumir la postura que el cuerpo le pedía en ese momento. Contrariamente, en la sala de parto su cuerpo fue forzado a tomar una posición horizontal, con los pies apoyados en unos estribos de metal, invadido por las luces, las maniobras, los fármacos, la presencia de otros especialistas (anestesiistas, enfermeras y hasta incluso, de estudiantes); todos estos factores recrean un ambiente donde el cuerpo que está por parir, se repliega en un estado de alerta permanente. Odent advierte acerca de esta situación<sup>59</sup> y de cómo todos estos estímulos llevan a la mujer a segregar una hormona de emergencia: la adrenalina; la misma aparece cuando hay peligro y tiene como contrapartida frenar a otra hormona, protagonista del trabajo de parto: la oxitocina, que es la encargada de provocar las contracciones para el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta. Se la conoce como la hormona del amor y tiene un papel de vital importancia en la primera hora luego del nacimiento, facilitando la aparición de leche y generando un vínculo amoroso con el recién nacido. Asimismo, la presencia del padre como así también de otras personas pueden hacer sentir a la parturienta excesivamente observada y esto también provoca la segregación de adrenalina. De igual modo, las cámaras fotográficas, de video y los equipos de monitoreo fetal pueden ocasionar el mismo efecto.

Por eso y en relación al proclamado “parto humanizado” – del cual hace alarde la modernidad – Odent dice: más que humanizar el parto, habría que mamiferizarlo.<sup>60</sup> De hecho, para él, el mejor ambiente para dar a luz es en compañía de un sola persona que observe sin invadir, capaz de proteger y asistir a la parturienta, sumida en un profundo silencio; un lugar donde primen una luz tenue y una temperatura cálida. En definitiva, un lugar ideal que nada tiene que ver con el que ofrecen los Hospitales Públicos, las Clínicas y Sanatorios Privados.

---

<sup>59</sup> Odent M., *El Nacimiento y los orígenes de la violencia*, en Revista Obstare N°7, 2002, pp.46-50. Para más información ver Artículo publicado en Ecología del Nacer: <https://ecologiadelnacer.cl/el-nacimiento-y-los-origenes-de-la-violencia/> donde desarrolla qué son y cómo funcionan las hormonas oxitocina y adrenalina y sus papeles fundamentales en el momento del nacimiento del bebé humano.

<sup>60</sup> Odent M., *El nacimiento de los mamíferos humanos* en “La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad”, Ed. Obstare.

### 3.5. Antecedentes de la promoción de un “Parto sin dolor” en Argentina<sup>61</sup>

Los años 60 en nuestro país, se caracterizaron por cambios en el contexto social y cultural, donde la mujer de clase media debía equilibrar su participación en el mercado de trabajo, la educación superior y la política.<sup>62</sup> En este escenario las formas tradicionales de atención del embarazo y del parto comenzaron a cuestionarse. Entre 1940 y 1950, el obstetra inglés Grantley Dick Read propuso un nuevo método de preparación e información a lo largo del embarazo, que constaba de cuatro pasos: educación, respiración, relajación y ejercicios acompañados por una respiración adecuada. Para él, el dolor y el sufrimiento que experimentaban las mujeres durante el embarazo estaba asociado a un temor transmitido de generación en generación y a un mito construido culturalmente. Sostenía que a través de este curso de 10 clases aproximadamente, la mujer llegaba más preparada al momento de dar a luz. De similares características, Fernand Lamaze – siguiendo la escuela rusa – difundió sus ideas de un “parto sin dolor” en Francia, haciéndose eco en otros países. Lamaze consideraba que desde niñas las mujeres habían recibido el mensaje acerca del dolor experimentado en el parto y, por ello, cuando estaban en situación de parto, se activaba esa disposición mental y todas las sensaciones se asimilaban con el dolor. Al igual que Read, suponía que un entrenamiento previo podía modificar los condicionamientos recibidos desde la infancia. En 1970, Frederick Leboyer señaló que el dolor era un elemento ineludible en el parto, su énfasis estaba puesto en la atención brindada a la parturienta y al recién nacido. Para eso, era fundamental recrear un ambiente óptimo para el desarrollo del parto: en la mayor intimidad posible, sin ruidos y con baja luz; promovía la posición vertical, el parto en el agua y los masajes al bebé; su método fue reconocido como “parto sin violencia”. Asimismo, Michel Odent sostuvo que no había forma de escapar al dolor; de hecho, rechazaba el suministro de anestésicos que podían traer efectos sobre el bebé y su madre. En las afueras de París, creó una habitación pintada con colores claros, luz tenue, piscinas de agua tibia para un posible parto bajo el agua; ofreciendo libertad de movimiento y expresión, privacidad, recreando con cada elemento las características propias de un hogar montado en un Hospital. Ambos, Leboyer y Odent, rechazaban la idea de una preparación previa ya que atentaba contra la libertad de las mujeres y les negaba – de alguna manera – todos los conocimientos que poseían en su interior.

---

<sup>61</sup> Para más información, consultar el trabajo de Felitti Karina, *Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en Argentina (1960-1980)* en *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, 2011, pp.113-129.

<sup>62</sup> Feijoo, María del Carmen; Nari, Marcela. *Mujeres en Argentina en los años 60. Perspectiva Latinoamericana*, Riverside, v.23, n.1, pp.7-26, 1996.

La idea de un “parto sin dolor” se trasladó a nuestro país de la mano de Ricardo Gavensky, un médico que se había formado con Read en Estados Unidos. En 1955, publicó *Parto sin temor y parto sin dolor*, haciendo eco de las teorías de Read y Lamaze. En palabras de Gavensky, *la educación de la embarazada para el parto sin dolor significa un cambio de actitud tanto físico como psíquico, bajo el influjo pedagógico y didáctico*.<sup>63</sup> Sin embargo, no todos los médicos estaban de acuerdo con promover y llevar a la práctica estas ideas, argumentando que el dolor era imposible de medir y que las mujeres debían asumir el dolor como parte del parto. Con todo, en 1960, Gavensky creó la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis Obstétrica integrada por un grupo interdisciplinario de médicos especialistas (Obstétricas, Pediatras, Parteras, Psicólogos) que comenzaron a trabajar con las parejas gestantes, informándolas acerca de todo lo relacionado con la concepción, el embarazo, el parto y el puerperio.

Avanzada la década del 60, Tucho Perrusi, médico clínico y biólogo, trajo a nuestro país el primer sillón de parto vertical; basándose en diferentes modelos históricos<sup>64</sup> y una investigación sobre 123 tribus indígenas que daban cuenta de las ventajas<sup>65</sup> de parir en esta posición. De esta manera, el sillón comenzó a circular por algunos Hospitales y Centros de atención y para mediados de 1980, sólo estaba disponible en algunas Maternidades de la Capital: la Clínica del Sol, el Mater Dei, el Sanatorio Quintana, el Finochietto, la Clínica Colegiales, la del Buen Samaritano, el Hospital Israelita, el Santoianni y el Posadas.<sup>66</sup> La imposibilidad de acceder al mismo abiertamente, radicaba en que no todos los médicos ni todas las Instituciones estaban a favor de su uso, su rechazo se fundamentaba en sus orígenes aborígenes, lo cual atentaba contra el progreso científico y de la Civilización. Asimismo, sostenía que ocupaba mucho espacio en la sala de partos, restringiendo la movilidad del personal que lo asistía y, fundamentalmente, creían que no era funcional en caso de verse obligados a atender una complicación. Quienes buscaban restringir su uso, ignoraban o mejor dicho, hacían oídos sordos a la posibilidad que presentaba el sillón de transformarse en 18 segundos en una camilla que permitía una cesárea. Es posible

---

<sup>63</sup> Gavensky Ricardo, *Parto sin temor y parto sin dolor: educación de la embarazada para el parto sin dolor*, Buenos Aires, El Ateneo, 1ed. 1955, 2ed. 1961, p. 18.

<sup>64</sup> Cerámicas precolombinas, dibujos egipcios, relatos antiguos, pinturas medievales y renacentistas, muestran que a lo largo de la historia se emplearon diferentes modelos de sillas de parto que promovían la posición vertical.

<sup>65</sup> Mayor comodidad, tranquilidad y adaptabilidad para la mujer que podía sentarse como en su casa, más fuerza para pujar, dilatación rápida, brevedad del período expulsivo, disminución del número de complicaciones y del uso de sus derivados – fórceps o cesáreas – menor cantidad de desgarros al proteger el perineo, rápida y sencilla salida de la placenta, menor esfuerzo fetal y por consiguiente una madre y un bebé más sanos y felices. (Capiski, Jorge, *Parto Vertical en Vivir*, Buenos Aires, año 1, n.6, pp. 64-68, 1976.

<sup>66</sup> Ditone, Susana, *La silla de parto en Vivir*, Buenos Aires, s.n. año 10, pp. 25-29, mayo 1985.

que lo que más incomodaba a estos doctores era el cambio de perspectiva que implicaba su empleo. Es decir, la mujer dejaba de estar acostada en un rol sumiso, dócil y vulnerable, entregada a todas las intervenciones que los médicos realizaban sobre su cuerpo y pasaba a estar sentada en un sillón que la colocaba a una altura por encima del equipo médico. En 1965, una mujer que había parido en el sillón contaba al Diario La Razón: *Comprobé que todos me trataban con respeto. Recuerdo que durante mis dos partos anteriores las enfermeras me impartían órdenes, me gritaban, asustaban e inhibían. Yo no podía defenderme, estaba en inferioridad de condiciones. Pero esta vez, levantaron el sillón y yo me encontraba arriba, más alta que ellos. Creo que una mujer sentada y elevada inspira más respeto que una mujer acostada.*<sup>67</sup>

En 1955, tras la caída de Juan Domingo Perón, comenzó una nueva etapa de la Historia Argentina caracterizada por una permanente inestabilidad política y recurrentes crisis económicas. En este contexto, en 1956, una figura internacional - Antonio Nikolaiev - fue invitado a participar de un Congreso de Ginecología y Obstetricia para promocionar el "parto sin dolor". Sin embargo, en Ezeiza no lo dejaron entrar al país. Por órdenes militares, consideraron peligrosa su presencia "comunista".<sup>68</sup> En 1973, previo al regreso de Perón, el médico pediatra Alberto Grieco asumió como Secretario de Bienestar Social de la Municipalidad de San Isidro y creó el Servicio de Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio en la Maternidad Municipal Eva Perón. Convocó a colegas de diferentes disciplinas para trabajar en equipo, asistiendo las necesidades de las parejas gestantes y ofreciendo un lugar de contención y apoyo a las embarazadas. En 1976, la dictadura militar intervino y cerró este espacio por decreto de seguridad nacional, argumentando que no tenía sentido trabajar con las mujeres de sectores populares para mejorar sus condiciones de bienestar y respetar sus derechos. Mirta Videla, psicóloga y muy comprometida con la causa, recuerda: *Estábamos en las villas, en las unidades básicas, íbamos a buscar menores que no se acercaban porque tenían a la policía, hicimos una modificación de toda la asistencia, pusimos sanciones a quienes maltrataban a las mujeres, compramos una ambulancia porque no estaban los recursos mínimos.*<sup>69</sup> Por último, la Sociedad Argentina de Psicoprofilaxis fue también disuelta.

---

<sup>67</sup> *El invento más antiguo del mundo*, La Razón, Buenos Aires, Suplemento Siete Días, pp.14-15., 19 de Octubre de 1965.

<sup>68</sup> El dato es anecdótico sirve para caracterizar el clima de aquella época y dar cuenta de cómo el intento de desarrollar un "parto sin violencia" comenzó a encontrar más trabas aún.

<sup>69</sup> Videla, M., 3 de Febrero de 2011, (entrevista digital).

### 3.6. Reflexiones entorno a la imposibilidad de llevar adelante un “parto sin dolor”

El intento de difundir y promover un “parto sin dolor” por parte de algunos profesionales e Instituciones fue la respuesta a un cúmulo de transformaciones sociales, culturales y técnicas que comenzaron a gestarse en nuestro país a mediados del Siglo XX. El interés de los equipos de Psicoprofilaxis Obstétrica que accionaban en diversos Servicios, Maternidades y Hospitales residía en darle un lugar diferente a la embarazada. Bajo esta modalidad, no sólo se cuestionó la forma en que se desarrollaba el embarazo y el parto, sino también la tarea de la Medicina Hegemónica y el papel otorgado a la mujer embarazada como si fuese una enferma y posicionada en una actitud sumisa y pasiva durante el parto. Durante este período, hubo denuncias del modo en que las mujeres eran tratadas durante la atención y seguimiento del embarazo y a la hora de parir. Psicólogos y profesionales de varias disciplinas se hicieron eco de la violencia presente en estas unidades y comenzaron a combatirla, ofreciendo información, contención, apoyo y cuidado. Por consiguiente, es posible observar que estos médicos no sólo buscaban poner en juego los conocimientos y teorías que se originaron en otros países y que promovían un parto sin dolor, parto sin temor, parto psicoprofiláctico, parto vertical, parto sin violencia; todas ellas denominaciones de un nuevo modo de hacer y de acompañar a la mujer embarazada. Además, el nuevo paradigma – por decirlo de algún modo – tenía que ver con una nueva mirada sobre la mujer, de considerar sus derechos, de respetarla e informarla y con una nueva forma de pensar la relación médico- paciente, no por encima de esta última sino ubicando a la mujer en un lugar protagónico durante el embarazo y el parto.<sup>70</sup> Por este motivo, todos estos cambios y consideraciones recibieron tanta resistencia por parte del mismo círculo de médicos y de diversos sectores de la sociedad. El culmen se dio con la llegada de los militares, una época de censura y

---

<sup>70</sup> Considero que éste fue el verdadero aporte; hay opiniones compartidas respecto a lo que se transmitía y cómo se transmitía. Por ejemplo, en su libro *Embarazo y Nacimiento Eutónico* Frida Kaplan critica el tipo de respiración que se enseñaba en los cursos (“un jadeo constante”) ya que el objetivo era que la embarazada realizando esa respiración entre cortada, se desconectara de la realidad y de alguna manera, se olvidara del dolor. En cambio, Kaplan señala que el dolor en las contracciones está presente, es preciso enseñar cómo hacer contacto con él y con todas las sensaciones propias del momento del parto. De hecho, su metodología (Eutonia) hace énfasis en esto último: ¿Cómo elevar el umbral de dolor? Para más información acerca de esta Autora y su Escuela de Eutonia, consultar: [www.fridakaplan-eutonia.com](http://www.fridakaplan-eutonia.com). Entonces, considero que el mérito de estos médicos fue el interés puesto sobre la mujer durante el embarazo y el parto. Queda en discusión la forma, “aquello que llamo nuevo paradigma” ya es un cambio de perspectiva.

represión, que nada tenía que ver con ubicar a la mujer sentada y elevada, por encima de la autoridad máxima, la del médico Obstetra y su equipo de trabajo.<sup>71</sup>

### **3.7. El fenómeno *doula* y el parto domiciliario como los *contra-espacios*, lugares reales fuera de todo lugar<sup>72</sup>**

*Creo que hay -y esto vale para toda sociedad- utopías que tienen un lugar preciso y real (...), que tienen un tiempo que podemos fijar y medir de acuerdo al calendario de todos los días. Es muy probable que todo grupo humano, cualquiera que éste sea, delimite en el espacio que ocupa, en el que vive realmente, en el que trabaja, lugares utópicos, y en el tiempo en el que se afana, momentos ucrónicos. (...) Ahora bien, entre todos esos lugares que se distinguen los unos de los otros, **los hay que son absolutamente diferentes; lugares que se oponen a todos los demás y que de alguna manera están destinados a borrarlos, compensarlos, neutralizarlos o purificarlos. Son, en cierto modo, contra-espacios.** Los niños conocen perfectamente dichos contra-espacios, **esas utopías localizadas**: por supuesto, una de ellas es el fondo del jardín; (...) o bien, un jueves por la tarde, la cama de los padres (...). La sociedad adulta organizó ella misma, y mucho antes que los niños, sus propios contra-espacios, sus utopías situadas, sus lugares reales fuera de todo lugar<sup>73</sup>.*

**Foucault, M., *Utopías y heterotopías***

Elegir estar acompañada por una *doula* durante el trabajo de parto; o bien, por una partera que asistirá respetuosamente el parto en nuestra propia casa pareciera ser ese

---

<sup>71</sup> Mencionar esta experiencia – el intento de promover un “parto sin dolor” en Argentina y su ulterior rechazo – en este trabajo es otro ejemplo del triunfo del discurso médico hegemónico y del discurso patriarcal y heterosexual dominante. Muchos de los datos abordados en este apartado - a modo de síntesis y reconstrucción histórica- para contextualizar cómo se dieron los hechos, merecen otra elaboración y un tratamiento más profundo, que impulse el desarrollo de otra investigación. Sin embargo, debido a una necesidad de acortar tiempos y recortar el objeto de estudio, no son trabajados aquí en su máxima riqueza. Queda abierta esta posibilidad, para un futuro no tan lejano.

<sup>72</sup> La parte del título que está en cursiva remite al primer capítulo o apartado de *Utopías y Heterotopías*. Esta traducción, junto con *El cuerpo utópico* son dos conferencias radiofónicas que dio Foucault el 7 y 21 de Diciembre de 1966, en France- Culture, en el marco de una serie de emisiones dedicadas a la relación entre utopía y Literatura.

<sup>73</sup> La cita en toda su magnitud es bellísima y está cargada de imágenes. A modo de abreviación, ha sido recortada y seleccionada, dando a conocer sólo algunas partes. Sugiero acceder al texto completo, donde figuran las traducciones de ambas conferencias: [http://hipermedula.org/wp-content/uploads/2013/09/michel\\_foucault\\_heterotopias\\_y\\_cuerpo\\_utopico.pdf](http://hipermedula.org/wp-content/uploads/2013/09/michel_foucault_heterotopias_y_cuerpo_utopico.pdf)

*contra-espacio* que refiere Foucault, *esa utopía situada, ese lugar real fuera de todo lugar*. El lugar que tanto una *doula* como una *partera auténtica*<sup>74</sup> ofrecen al cuerpo gestante es un lugar de protección y contención, que lejos está de la atmósfera y el clima que se vive en las Maternidades Privadas y Públicas<sup>75</sup>, donde desde el momento en que ingresa, se conecta una vía y se decide qué hacer, a dónde tiene que ir y cómo tiene que estar. En otras palabras, la mujer que decide institucionalizar su parto pierde por completo la soberanía sobre su propio cuerpo.

## Definición

La *doula* se relaciona con la figura de una madre o una abuela que tuvo una experiencia personal de parto natural. Es decir, es la presencia femenina con la cual una mujer puede contar durante todo el período cercano al nacimiento (antes y después del mismo). La noción *doula* (de origen griego) fue utilizada por John Kennel y Marshall Klaus<sup>76</sup> en los años ´70 para referirse a aquella presencia femenina que acompañaba el parto. Sin embargo, la cultura griega rechaza el empleo de este término ya que significa “esclava”. En su lugar, prefiere la palabra *paramana* que significa “con la madre”. Con todo, la palabra “doula” ha sido empleada en numerosos estudios publicados y actualmente es muy conocida, por ello, su uso continúa vigente. La doula se asemeja a una *partera auténtica* en la medida que tiene en cuenta las

---

<sup>74</sup>En este mismo apartado se distinguen dos grupos de parteras. La *partera auténtica* es la persona que acompaña a la madre a transitar el nacimiento de su hijo sin invadir, sin intervención; simplemente, dejando que el cuerpo que está dando a luz sea el verdadero protagonista.

<sup>75</sup>En la actualidad, la única Institución de carácter Público que cumple con el marco normativo vigente y promueve el parto respetado es la Maternidad Estela de Carlotto, situada en Moreno, Prov. de Buenos Aires. Allí la embarazada puede elegir la/s posición/es necesaria/s para transitar el trabajo de parto (sentada en una esfera o en un banquito que alivia las contracciones; en cuatro patas o cuclillas; volcada hacia adelante, recibiendo el agua caliente de un duchador sobre las lumbares, entre otras); y aquella que tomará en el momento del nacimiento. Puede estar acompañada constantemente y no existe intervención para acelerar los tiempos biológicos que tanto la mamá como el bebé requieren. Según su Directora, Patricia Rosemberg, la opción de la anestesia epidural no existe ya que frena las contracciones y aumenta el riesgo de terminar en cesárea.

<sup>76</sup>John Kennel y Marshall Klaus realizaron estudios en dos hospitales muy activos de Guatemala, donde nacían 50 ó 60 bebés por día y donde los métodos de trabajo habían sido establecidos por médicos y enfermeras norteamericanos. Observaron que la presencia de una doula reducía significativamente toda clase de intervenciones y el uso de medicamentos, mejorando las estadísticas. Repitieron sus estudios en Houston, Texas, en un hospital que asistía a una población mayoritariamente pobre de habla española y dónde el equipo médico – al igual que en Guatemala – hablaba inglés. Sin embargo, las doulas manejaban ambas lenguas (inglés y español). Tal como había ocurrido en la otra experiencia, su presencia en los partos tuvo efectos positivos.

mismas prioridades y su participación en el trabajo de parto es la de proteger el vínculo mamá - bebé. Para ello, recibe una formación, ya que necesita herramientas básicas y fundamentales, que le permitan evidenciar alguna situación de peligro. Sin embargo, dicha formación difiere de la que recibe una partera o Lic. Obstétrica, que a diferencia de la doula, sí está capacitada para asistir un parto.<sup>77</sup>

Cabe señalar que para la Partería un parto es exitoso si la madre ha atravesado esta experiencia y continúa viva. En cambio, para la Medicina Hegemónica, el énfasis está puesto no en la madre sino en la criatura.<sup>78</sup> Se evidencian aquí, dos miradas opuestas y cómo cada Profesión (Partera y Médico Obstetra) prioriza la vida de uno u otro en el momento del nacimiento. La Medicina Hegemónica emplea masiva e impunemente la leyenda “está en juego la vida del bebé” y bajo esta amenaza actúa interviniendo el trabajo natural de parto, con medicamentos, maniobras, anestésicos, métodos de inducción y la programación de cesáreas innecesarias en una fecha que ni siquiera se sabe fehacientemente si el desarrollo del bebé es completo<sup>79</sup> y, por lo tanto, si está listo para nacer. Cuando este discurso no tiene la llegada que los médicos esperan, cuando el cuerpo gestante, cuestiona y se opone a ceder en estas intervenciones, los

---

<sup>77</sup> Odent se refiere a la labor de la *doula* y de la *partera auténtica* como si fuesen lo mismo. En realidad, considera al rol de la doula como lo más parecido al lugar que ocupaban las parteras antiguamente. Sin embargo, tanto la formación como las competencias que tienen en su participación durante y luego del parto, difieren de una a otra. El hablar de ellas como sinónimos tiene que ver con el lugar que debería ocupar la partera hoy, un sitio de protección y no de invasión e intervención. En otras palabras, debería asemejarse a la contención y protección que brinda la doula.

<sup>78</sup> Esta diferencia la mencionó Laura Capotorto (Doula y Presidenta de la Asociación Civil *Mamakilla*) en una charla muy íntima - el primer encuentro con su Institución - donde se abordaron diversos temas, como ser: la labor de la doula, el proceso fisiológico del parto, cómo vivió el nacimiento de su tercer hijo en su casa, cómo actúa la Medicina Hegemónica y la violencia obstétrica.

<sup>79</sup> Los ciclos no son los mismos en todas las mujeres; algunas reciben su período cada 28 días; otras, cada 30/31 días; algunas, incluso, hasta dos veces al mes. La Medicina Hegemónica toma como referencia para contar el inicio del embarazo la fecha de la última menstruación. Muchas mujeres, no recuerdan exactamente cuando fue la última vez, antes de quedar embarazadas, por eso, es una fecha relativa. Por otra parte, los médicos tienen en cuenta el desarrollo del bebé conforme a las ecografías de control que se realizan durante todo el embarazo; donde - a veces - se asemeja con esa fecha y otras, no. Pero, en líneas generales, se guían por la fecha del último período. Ocurre que el bebé puede ser concebido en ese momento, o en los días siguientes; o bien, promediando los 15 días siguientes, que se conoce como período fértil en una mujer cuyos ciclos son regulares. Entonces, lo más aproximado para saber cuando finaliza el embarazo, o mejor dicho, cuando el bebé está listo para nacer es contar 40 semanas o 9 meses a partir de la fecha de su concepción. Como muchas parejas no saben con exactitud cuando fue concebido, existe un margen de error al tomar como referencia la fecha de la última menstruación. Los médicos conocen este detalle, sin embargo, muchos lo emplean a su favor. Cuando la mujer está cerca de las 40 semanas y no hay indicios de que comience un trabajo de parto, intervienen asustando a la mamá, diciendo que el bebé está en peligro si continúa en la panza; entonces, invaden el cuerpo con métodos inductivos o a través de la programación de una cesárea innecesaria.

médicos amplían la estrategia, refuerzan el miedo y, entonces, sí, parecería que se apiadaran de la madre, diciendo: “tu vida también está en juego”.

En palabras de Odent, el “fenómeno doula” puede ser presentado como un aspecto del redescubrimiento de la partera auténtica.<sup>80</sup> En relación a esto último, Odent distingue dos grupos de parteras, a saber: Uno que representa el paradigma cultural dominante y que supone que una mujer no tiene el poder de parir por sí misma. En líneas generales, la partera que interviene en los partos institucionalizados responde al primer grupo. Actúa bajo las indicaciones del médico Obstetra e interviene de diversas formas, por ejemplo: rompe membranas, realiza la maniobra de Kristeller<sup>81</sup>, entre otras posibilidades; sobre todo, participa con el lenguaje: pregunta, habla e indica qué debe hacer el cuerpo de la mujer que está en pleno trabajo de parto.

Contrariamente, el otro grupo entiende que el parto es un proceso involuntario, dominado por las estructuras arcaicas del cerebro. En este sentido, la tarea de la partera será estar atenta a las situaciones y estímulos del entorno que pueden perturbar su buen desarrollo. La palabra clave es “protección” (protección de un proceso involuntario en contra de los factores que puedan inhibirlo). Entonces, su rol será proteger el parto, en contra de los efectos del lenguaje (que activa la participación del neocórtex, una parte del cerebro altamente desarrollada en los humanos), de la luz y de situaciones que estimulan la segregación de adrenalina tales como sentirse observada o sentirse insegura<sup>82</sup>. Las parteras que acompañan los partos en domicilio y que promueven un parto respetuoso pertenecen a este último grupo. Enfatizan las necesidades fisiológicas de la mujer que está por dar a luz y del bebé que está por nacer. Conocen perfectamente cómo se desencadena el trabajo de parto y priorizan el vínculo bebé-mamá, observando cada detalle, para que esa atmósfera y unión no sea

---

<sup>80</sup> Odent, M., *Las doulas para el período de transición* en “El Granjero y el Obstetra”, Editorial Creavida, 2002.

<sup>81</sup> Presión ejercida sobre el abdomen de la embarazada en el mismo momento que llega la contracción; tiene como finalidad, que el bebé salga o como mínimo llegue a la *coronación* (asome la parte superior de la cabeza). El empleo de esta maniobra como parte integral de un parto normal asume los siguientes riesgos: desprendimiento de placenta, rotura uterina, desgarros en el periné de la madre, fractura de la clavícula del bebé y lesiones en el plexo braquial. Generalmente, se la utiliza en la segunda fase del parto para acortar tiempos. Sin embargo, diversos estudios develaron que no existe tal reducción de tiempos y que los riesgos son elevados. A partir de estos resultados, se desaconsejó su uso como protocolo de parto normal y se sugirió en su lugar, aprovechar la fuerza de gravedad. Es decir, una posición erguida y de pie facilita el nacimiento a diferencia de una madre acostada, donde el bebé no cae hacia el exterior sino que cae contra la columna de la madre. Con todo, en las Maternidades continúa desarrollándose esta maniobra con total naturalidad.

<sup>82</sup> Odent, M. *La doula auténtica* en Ecología del Nacer sitio web oficial: <https://ecologiadelnacer.cl/2014/05/24/la-doula-autentica>

perturbada por ningún estímulo externo y para que la segregación de hormonas (oxitocinas y endorfinas), continúe naturalmente y no se bloquee o detenga por la presencia de la hormona del miedo (la adrenalina), que nada tiene que ver con este acto de amor supremo: el parto.

Odent concuerda con el papel de este último grupo. De hecho, cree que el carácter natural del parto yace en quitarle a este proceso todo lo que es específicamente humano y, al mismo tiempo, atender las necesidades mamíferas de lo humano. Para ello, considera urgente liberarse y dar fin a todas las creencias y costumbres que intervinieron en este proceso durante miles y miles de años. Asimismo, señala que el lenguaje debería ser utilizado con extrema precaución; es preciso, también, otorgar gran importancia a la intimidad, la luz baja, una temperatura cálida y un sentimiento de seguridad, ya que cualquier situación que evoque miedo o que pueda ser vivida como una amenaza, obstruye el desenvolvimiento natural del parto.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Odent, *El nacimiento de los mamíferos humanos* en “La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad”, Ed. Obstore.

## **IV. La violencia obstétrica fundada en la Medicina Hegemónica y el mandato patriarcal y heterosexual dominante**

### **4.1. La falta de información, un aliado funcional al Sistema**

Resulta llamativo el desconocimiento general, que existe respecto a este término. Tanto las Instituciones de Salud, sean Públicas o Privadas, como las Obras Sociales o Prepagas no hacen ningún tipo de alusión al mismo. Por ejemplo, a través de afiches informativos, de artículos o notas que podrían dar a conocer en sus Revistas o Folletos Institucionales. Ni siquiera en sus páginas web o redes sociales. Nada. Por otra parte, los medios de comunicación recién están comenzando a hablar del tema. Cada tanto aparece alguna noticia en un diario o se publica alguna denuncia. El 28 de Junio del corriente, se dio a conocer el primer Juicio por Violencia Obstétrica en Argentina. El hecho trascendió y llegó a la Opinión Pública, con artículos periodísticos y notas en canales de televisión. Agustina Petrella junto con su hija Milagros fueron víctimas de la Violencia Obstétrica<sup>84</sup>. Imposibilitadas de hacer un juicio penal, ambas demandaron a la Obra Social, el Obstetra, la Clínica y la Neonatóloga por daños y perjuicios. Petrella asistió como invitada al programa de Mauro Viale, quien luego de escuchar cada uno de los detalles de su historia, de las atrocidades que había vivido en la Clínica tanto ella como su beba, le preguntó: “Pero ¿Vos estás bien? ¿Tu hija está bien? Bueno, eso es lo principal.” Lamentablemente, este discurso se transmite por la opinión pública, se refuerza constantemente con la labor de los medios de comunicación, que son en definitiva empresas con intereses y ni siquiera se menciona en los Centros de Salud y en las Instituciones que tienen el deber de promover la salud y el bienestar de las personas. Sin duda, el miedo, la violencia, el sufrimiento pareciera ser la forma natural en la que se reviste el poder y se inviste en el cuerpo que está por dar a luz.

La falta de información acerca de qué es la violencia obstétrica - por parte de las Instituciones y de la opinión pública en general - y el silenciamiento y la ausencia de transmisión generacional – a partir de la denuncia y la palabra (el discurso de sus víctimas) resultan fundamentales para que la violencia continúe desarrollándose en las Maternidades. Este vacío conceptual e informativo genera que se desconozca la violencia obstétrica como una problemática que existe y que es preciso combatir. Por

---

<sup>84</sup> En este link, se puede acceder al artículo periodístico que publicó un medio para difundir el caso, con detalle de la historia de Agustina Petrella:

<http://www.infobae.com/sociedad/2017/06/28/aca-no-estamos-para-cumplir-los-caprichitos-de-los-padres-la-historia-detras-del-primer-juicio-por-violencia-obstetrica-del-pais/>

otra parte, en la mayoría de los casos, las mujeres que padecen violencia obstétrica al no poseer herramientas acerca del tema, no se identifican como víctimas. Esto se evidencia en las entrevistas realizadas, donde todos los casos manifestaron un sentimiento de culpa; en primer lugar, porque el nacimiento de su hijx no fue como esperaban y, además, una sensación de que aquello que vivieron en la Maternidad no estaba bien. Ninguna de las víctimas había escuchado hablar de la violencia obstétrica. En todas ellas primó un sentimiento de desconcierto; a saber: el modo en el que las habían tratado, cómo habían operado e intervenido sobre el propio cuerpo, sin informarlas acerca de lo que estaba pasando, sin autorización ni consentimientos; como si ese cuerpo ya no les perteneciera, como si ya no fuese propio sino algo completamente ajeno. De hecho, una de ellas manifestó:

*Seis años después, me di cuenta que había estado ausente. Hicieron lo que quisieron conmigo. Mientras estaba en la sala de parto me hice una nota mental: “esto no lo vuelves a hacer”, estaba segura que iba a ser mi único hijo.*

En el mismo relato, contó que - durante el puerperio - asistió a grupos de crianza y escuchaba a otras mamás hablar de sus partos y no entendía por qué. Ella había bloqueado esa experiencia, le llevó mucho tiempo darse cuenta y ponerle un nombre a lo que había vivido.

#### **4.2. El discurso médico hegemónico y sus armas: el exceso de confianza, la amenaza/ el miedo y la figura de la máxima autoridad**

El poder de la Medicina Hegemónica reside - entre otras cosas - en la confianza que uno le otorga a su discurso. Existe una creencia instalada en el imaginario social: “si lo dice o decide el médico es así”. Es difícil creer o sospechar que existen intereses puestos en juego y que el médico no siempre opera conforme a la objetividad propia del conocimiento científico. De esta forma, cuando el cuerpo gestante ingresa en la Institución y todo el personal de la salud (la administrativa, las enfermeras, la partera, el anestésista, el médico obstetra) decide sobre ese cuerpo, se cree, se confía en que todas esas intervenciones se hacen porque son necesarias y no podría ser de otra manera. Sin embargo, a partir de ese momento, el reloj del capital comienza a avanzar y la clave será obtener un producto (el bebé) en el menor tiempo posible. En este sentido, todo lo que se decida sobre ese cuerpo tendrá que ver con evitar los tiempos muertos, porque afuera hay otro cuerpo que necesita intervención y, por ende, otro cuerpo para facturar a la Obra Social o Prepaga. Por ejemplo, una de las entrevistadas

cuenta su sorpresa cuando descubrió que su obstetra había mentido en la Historia Clínica.

*Fui a cesárea porque así lo determinó mi médico en una consulta. Me hizo un tacto y dijo que teníamos que programarla. Un tiempo después, me acerqué al Sanatorio para pedir mi Historia Clínica y, entonces, descubrí la mentira. Mi obstetra había escrito “Motivo de la cesárea: a pedido de la madre.”*

Otra entrevistada, que estaba en la semana 39 de gestación, se le practicó rotura artificial de bolsa y el bebé encajó de cara.

*Durante 2 horas el Obstetra y la Partera estuvieron haciéndome pujos dirigidos y realizando maniobras para forzar a mi bebé a salir. En un momento, me puse a llorar y les dije: ¡Basta! Cuando todas las personas que estaban en sala de parto se retiraron, empecé a pujar sola; entonces, el médico me dijo: “ahora, no; vas a cesárea”.*

Para hacernos una idea de la crueldad del Sistema, en la actualidad, si un bebé supera las dos horas en Neonatología, la Institución está capacitada para cobrarle más dinero a la Obra Social o Prepaga. A veces, ni siquiera existe un motivo específico para permanecer en Neo, sólo intereses y dinero puestos en juego. Al cabo de dos horas, la llamada “hora sagrada” y el vínculo mamá - bebé estarán devastados. Esta información la ofreció una de las entrevistadas, que no tuvo un primer contacto con su beba.

*Ni bien nació, se la llevaron; conocí a mi hija 3 horas más tarde. Con el tiempo, entendí lo que había pasado; mi beba no estaba en peligro, fue una maniobra del Sanatorio para cobrarle más dinero a la Prepaga.*

Cuando la Institución es Pública la violencia sobre el cuerpo gestante se potencia: el maltrato, la denigración y las intervenciones realizadas sobre ese cuerpo son más crueles aún, ya que – en líneas generales – son cuerpos que vienen de ámbitos de bajos recursos, donde la falta de información y de conocimiento acerca de lo esperable de la labor del médico es más profunda. Cuando la mamá es joven y primeriza, los mecanismos que invaden y se apropian de ese cuerpo lidian con lo inhumano y el trato que le dan por parte de todo el personal es cruel y vergonzoso.<sup>85</sup> Por otra parte, en el

---

<sup>85</sup>Sugiero acceder a la investigación de Canevari Bledel, Cecilia, *Cuerpos enajenados*, Experiencia de mujeres en una maternidad Pública, Santiago del Estero, Barco Edita, 2011. La misma es un ejemplo de la violencia obstétrica instalada en la esfera pública y bajo qué mecanismos se hace efectiva.

sector público es difícil que permitan que la madre esté acompañada, a pesar del marco normativo que prevé que el cuerpo gestante debe estar acompañado en todo momento por una persona de su elección. Desde su ingreso, la separan de su pareja, acompañante o familia y - a veces - transcurren varias horas hasta volver a saber qué pasó con ese cuerpo.

#### **4.3. La violencia simbólica, punto de partida de la violencia obstétrica**

La violencia simbólica es aquella que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmite o reproduce dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales. Se manifiesta en los medios de comunicación, a través de publicidades, programas de televisión/radio tanto periodísticos como de entretenimiento, en los que se reproducen estereotipos sexistas, discriminación por género, etc.; en los concursos de belleza y elecciones de “reinas”; en los cuentos para niños y en los juguetes. La violencia simbólica tiene su éxito garantizado, en la medida que presenta como natural la sumisión de la mujer a la dominación masculina conforme al orden social patriarcal y heterosexual hegemónico. Según Bourdieu, las relaciones de dominación están ocultas tanto para los dominantes como para dominados, y se expresan en percepciones y hábitos duraderos y espontáneos. Los dominados contribuyen, sin saberlo, a su propia dominación al aceptar las concepciones sobre los límites entre categorías sociales<sup>86</sup>. La violencia obstétrica se fundamenta en este tipo de violencia que – en líneas generales – nadie cuestiona. Se desarrolla conforme a una apropiación del cuerpo de la mujer gestante y del proceso natural de parto, por parte de los profesionales de la Medicina. Para ello, estos últimos toman como patológicos todos los partos y convierten a la mujer en paciente de manera automática; a través de actos médicos y farmacológicos rutinarios sin permitir que la embarazada participe activamente en las decisiones sobre su propio cuerpo. Dicha medicalización le quita el valor sexual, emocional y vivencial al cuerpo. Asimismo, transforma un proceso fisiológicamente saludable en patológico y traumático, tanto en lo físico como emocional y psicológico.<sup>87</sup> La violencia obstétrica es una forma de violencia de género. A grandes rasgos, puede definirse por acciones

---

<sup>86</sup> Bourdieu, P., *La dominación masculina y otros ensayos*, 1ª ed., Bs. As., Editorial La Página S.A., 2010.

<sup>87</sup> Conclusiones de las *I Jornadas de participación ciudadana para definir violencia obstétrica*, Buenos Aires, 2013, disponibles en: <http://porelderechoalegircomoparir.blogspot.com.ar/2013/11/conclusiones-de-las-jornadas.html>

como negar información al cuerpo gestante acerca de lo que está pasando, practicar cesáreas y/o intervenciones de manera rutinaria, inyectar fármacos cuando no corresponde, maltratar verbal y físicamente a las embarazadas antes, durante y después del parto. Está tipificada en la ley de Protección Integral a las Mujeres (26.485), que a su vez cita a la Ley Derechos de Padres e Hijos en el Proceso de Nacimiento (25.929), promulgada en 2004 pero reglamentada en el 2015. Esta última trascendió en la Opinión Pública y es mal llamada y conocida como Ley de Parto Humanizado o bien, Parto Respetado. En el marco del Encuentro de Mujeres UNLa Programa por la Igualdad de Género,<sup>88</sup> se desarrolló una mesa abierta sobre Derechos Sexuales y (No) Reproductivos y Violencia Obstétrica, donde participó la Asociación Civil Mamakilla. En esa oportunidad, su Presidenta Laura Capotorto enfatizó la necesidad y urgencia de recuperar el nombre original de esta Ley a fin de que todos tomemos conciencia de nuestros derechos, para que sean respetados y se cumplan.

#### **4.4. La violencia obstétrica vs el parto como un proceso fisiológico y natural**

Entender el parto en estos términos nos permite ver por qué hablamos de violencia. En el capítulo anterior, se enfatizó acerca de la necesidad de crear un entorno apropiado para el momento del nacimiento. Fundamentalmente, se trata de que el cuerpo gestante se sienta seguro y protegido de todas las situaciones y estímulos que pueden alterar el trabajo de parto, bloqueando la secreción natural de la hormona del amor: la oxitocina. Una luz tenue, la presencia de una única persona que esté en silencio y asista a la embarazada sin perturbar, empleando el lenguaje sólo si es necesario; asimismo, una temperatura agradable; recrear – en definitiva – un entorno de máxima intimidad, seguridad y protección. Quien inicia el trabajo de parto es el bebé. El mismo se desencadena cuando el bebé está preparado para nacer; entonces, entra en juego la oxitocina, la encargada de provocar las contracciones y de facilitar el alumbramiento de la placenta. Las contracciones pueden representarse como el movimiento de una ola; hay un “tramo” en el cual son terriblemente fuertes e intensas y, luego, aflojan. Esto se debe a la presencia de otro grupo de hormonas, las endorfinas. Una vez que nace el bebé, acontece aquello que se conoce como “la hora sagrada.” En la actualidad, existen numerosos estudios que garantizan la necesidad de que el bebé permanezca junto a su mamá durante esos primeros sesenta minutos de vida. Los niveles de oxitocina en ambos son altamente elevados y se sabe que nunca en la vida volverá a crearse una situación tan beneficiosa para promover y fortalecer el vínculo

---

<sup>88</sup> La misma se realizó en la Universidad de Lanús, Remedios de Escalada, Prov. de Bs. As., el sábado 30 de septiembre del corriente año.

mamá-bebé. Por otra parte, el contacto con su mamá ayuda a equilibrar su respiración y su temperatura. Montones de funciones se van dando en paralelo y van encontrando su propio ritmo fuera del pequeño mundo-panza. Si nos hacemos una idea de cómo estaba ese bebé en la panza: rodeado de una “sustancia” (el líquido amniótico), a una temperatura agradable, sin luz, todo apretadito y contenido, ya que a medida que va creciendo, cada vez es menor el espacio que tiene para moverse; escuchando el latido del corazón de su mamá, su voz, todos los ruidos que generaba su organismo, etc.; sólo así, es posible imaginar el cambio abrupto que ocurre cuando nace. Por eso, a nivel emocional, es importante que permanezca sobre el pecho de su mamá, sintiéndola muy cerca como esos nueve meses transcurridos en la panza. Además de esta forma, la prolactina comienza a cumplir su función, que facilitará la expulsión de leche.

#### **4.5. Cifras oficiales**

La falta de información respecto a la existencia de la violencia obstétrica y por consiguiente, la falta de identificación por parte de sus víctimas, lleva a que la misma no se sepa, ni se denuncie. Como resultado, no existen cifras oficiales; esto constituyó - sin duda - un obstáculo metodológico a la hora de recabar información. Sin embargo, fue posible acceder a algunos datos estadísticos publicados por el Primer Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) en Argentina, impulsado por la agrupación feminista Las Casildas. Algunos de los porcentajes más relevantes de la encuesta del OVO son:

**-Falta de acompañamiento:** Se deja a la mujer sola, sin interlocutores de confianza ni testigos de lo que le sucede en su internación. Durante el trabajo de parto, 25.3% de las mujeres estuvieron totalmente solas. En el parto, 36%. Y, en la etapa de posparto, 20.2%

**-Trato:** 27.9% fue criticada por los médicos, a un 55.6% la llamaron con sobrenombres, 29.7% recibió comentarios irónicos o descalificadores. A un 36.1% las hicieron sentir que corría peligro ella o su hijo/a y, finalmente, un 47,3% no se sintió contenida.

**-Información:** 43.9% no fue debidamente informada sobre la evolución del trabajo de parto o su bienestar ni del de su bebé.

**-Cesárea:** (siendo el porcentaje estándar de la OMS un 12-15%). 46% tuvo a su hijo por cesárea, de las cuales 39% fueron programadas. De este número, el 54% de las madres eran primerizas. Existe un mayor índice de cesáreas en el sistema privado, que se eleva hasta el 64%.

**-Rotura artificial de bolsa:** El 70% de las encuestadas no recibió información clara, adecuada y completa y por ende no dio su autorización.

**-Inducción del parto:** (siendo el porcentaje estándar de la OMS <10%). 29,7% de las encuestadas tuvo un parto inducido.

**-Anestesia:** 36% fueron anestesiadas, de las cuales ninguna solicitó anestesia.

**-Prácticas sobre el/la bebé:** El 74% de las mujeres no recibieron suficiente información sobre las prácticas que realizaron sobre su hijo/a, por ende tampoco dieron autorización para realizarlas. Aproximadamente el 45% de las mujeres no sabe o no recuerda qué prácticas fueron hechas sobre su hijo/a.

#### **4.6. Cómo denunciar un caso por violencia obstétrica y sus Regulaciones**

La web de Las Casildas posee una encuesta que es posible contestar on line a fin de hacer visible y dar voz a las víctimas de la violencia obstétrica. Para hacer efectiva una denuncia por este tipo de violencia, es posible acudir a la Defensoría del Pueblo de la Nación o bien, a la Consavig, que pertenece al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. En el caso de Agustina Petrella, la Defensoría hizo una auditoria y determinó que efectivamente hubo violencia obstétrica y, a partir de allí, inició la denuncia judicial. Asimismo, en el sitio web del Ministerio de Justicia de la Nación figuran los instructivos y pasos a seguir para realizar una demanda. De acuerdo con el marco normativo existente, se puede intimar a la Institución y a los Profesionales de la Salud que accionaron contra el cuerpo gestante, en contra de los Derechos de la mamá y el bebé conforme la Ley 25.929. Si bien, ésta no prevé sanciones, es posible acudir a la Ley 17.732, que regula el ejercicio de la Medicina. Por otra parte, la Ley 26.485 de Protección Integral de las mujeres establece - entre otras cosas - que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género. Asimismo, la Reforma de la Constitución Nacional del año 1994, incorpora con rango constitucional a las Declaraciones y Convenciones Internacionales de Derechos Humanos. Las que están vinculadas a los derechos de las mujeres son: la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, en su sigla en inglés, 1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belém do Pará, 1994). Esta modificación motivó la promulgación de Leyes a nivel Nacional y/o Provinciales. Con todo, se trata de un

largo camino que aún nos queda por recorrer para alcanzar la vigencia y garantía de todos nuestros derechos; ya que el marco regulatorio - capaz de hacer posible esto último - existe, pero no se cumple.

Por otra parte, existen otras Convenciones de rango Constitucional: la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966); Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Convención sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965); Convención Contra la Tortura y Otros Tratamientos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes (1984) y Convención sobre los Derechos de los Niños (1989). Asimismo, los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres regidos por Legislaciones Nacionales y Provinciales son:

1. Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa creado por la Ley 25.673, año 2002; y la adhesión provincial año 2005.
2. Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso del Nacimiento (Ley 25.929, año 2004);
3. Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica (Ley de ligadura tubaria y vasectomía, Ley N°26.130, año 2006);
4. La interrupción legal del embarazo (Aborto no punible, Art.86 del Código Penal, año 1921;
5. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley Nacional N° 26.485, año 2009) que incluye la violencia obstétrica.

Además están las Guías Técnicas del Ministerio de Salud de la Nación: Atención perinatal, posparto y atención de los abortos no punibles,

#### **4.7. Las voces de la violencia sobre el cuerpo de sus víctimas**

Cantidad de entrevistadas: 3

A continuación, se relevan algunas cifras que surgieron a partir de las preguntas cerradas de las entrevistas, cuyo objetivo fue develar qué acciones y/o prácticas estuvieron presentes y – de alguna manera – evidenciar los mecanismos que hacen posible la violencia obstétrica.

- Todas las entrevistadas recibieron comentarios irónicos, degradantes y humillantes de acuerdo al comportamiento/ estado en el que se encontraban en el momento del nacimiento, ya sea parto o cesárea.
- Ninguna de ellas recibió información acerca de cómo se desarrollaba el trabajo de parto.
- A todas les hicieron sentir y les dijeron que tanto el bebé como ellas estaban en peligro.
- A todas les realizaron “rotura artificial de bolsa”. En ninguno de los casos, se pidió autorización, ni se informó acerca de los riesgos y beneficios.
- Dos de las entrevistadas recibieron la Maniobra de Kristeller (presión ejercida por alguno de los integrantes del equipo médico a fin de que el bebé descienda o salga). Ninguna fue informada acerca de la misma, tampoco se le pidió autorización para ello. A una de ellas se le realizó continuamente hasta que decidieron hacer una cesárea. A la otra, la llevaron a cabo 3 veces 3 personas diferentes en el quirófano, ya que era una cesárea programada. Una de las entrevistadas se resistió. Vio que la partera intentaba subirse sobre su abdomen, no sabía que estaba haciendo pero sintió que estaba mal; entonces, intentó morderle la pierna. La partera gritó que era una loca y que ya no la ayudaba más.
- Sólo una de las mamás tuvo un “primer contacto con su bebé”, pero fue muy breve y se lo llevaron a hacer todas las intervenciones de rutina luego del nacimiento. En los casos de cesárea, no hubo contacto, los bebés fueron trasladados a Neonatología inmediatamente. En un caso, la beba nació y la mamá quedó sola en el quirófano durante 45 minutos. Cuando salió preguntó si la beba había muerto. Conoció a su hija, 30 horas luego de su nacimiento. Estuvo 5 días internada en Neo., no la dejaban amamantarla; finalmente, firmó el alta voluntario. La otra entrevistada conoció a su beba 3 horas después.
- En todos los casos, el desenvolvimiento de los embarazos fue normal. Realizaron todos los controles de rutina.
- Todas manifestaron no haber recibido suficiente información a lo largo del embarazo y el haber depositado demasiada confianza en el médico.

Por otra parte, las entrevistas apuntaron a conocer las creencias y valores instalados y transmitidos por el entorno más cercano. Las ideas y creencias presentes previo al embarazo y cómo se corroboraron o no durante el nacimiento y posparto. Los 3 casos pertenecen a la misma Institución, Sanatorio Juncal, Temperley Provincia de Buenos Aires. Las edades varían entre 26 y 35 años. Son mujeres de clase media, con

Estudios Universitarios. Solo una superó todas las intervenciones que recibió para acelerar su trabajo de parto y finalizó en este último. Los otros dos cuerpos, en cambio, terminaron en cesárea.

Respecto a la pregunta: ¿Qué idea tenías acerca de estar embarazada? Una de las entrevistadas señaló:

*Estaba fascinada con la posibilidad de ser mamá, ya que desde la adolescencia, me habían diagnosticado que no iba a poder tener hijos. Me compré siete libros. Uno era de meditaciones. Había una para hacer girar al bebé. Como el mío estaba sentado la hacía con frecuencia, tratando de que se ubicara con la cabeza hacia abajo. El médico me dijo: vas a hacer que tu bebé se asfixie.*

En relación a cómo se imaginaba el embarazo, otra de las entrevistadas contestó:

*Pensaba en tener un bebé, no en el proceso. Tenía miedo de la situación médica. Mi familia siempre me hizo sentir una mezcla de respeto y miedo frente a los médicos. Mi parto tendría que haber sido normal y lo pusieron en riesgo.*

El último caso señaló:

*No tenía ninguna idea acerca del embarazo. Mi familia me había transmitido que tenía que ser un parto natural. Nunca llegué a considerar que podía tener una cesárea. En ese momento, sentí mucho miedo, me temblaba todo el cuerpo. Cuando entré al quirófano había muchísima gente, eso me aterrorizó. También, el escuchar permanentemente los latidos de mi bebé, que se aceleraban o frenaban. Mi posparto fue "horrible", tuve problemas con la lactancia, la beba lloraba todo el tiempo. Creo que mi cuerpo todavía no se recuperó de la violencia.*

El empleo del miedo y la amenaza son muy comunes en la labor de la Medicina Hegemónica, que se presenta como celosa de sus pacientes, cuando éstas preguntan, desean saber, conocer o bien, investigan por sus propios medios. Pareciera que los únicos capaces de detentar el saber supremo son ellos.

En este sentido, una entrevistada, luego de haber experimentado situaciones de mucha violencia en las 2 cesáreas de sus hijas, decidió recibir a su tercer hijo en su propia casa. Con estas palabras, transmitió cómo fue su vivencia:

*Es tan grande la fortaleza que una mujer siente después de haber parido por sus propios medios que después de eso no la para nadie.*

Por eso, la Medicina Hegemónica tiene tanto interés en intervenir, medicalizar y volver dócil al cuerpo gestante durante el embarazo y el parto, porque una mujer con agallas, que se impone, no se calla y defiende a su *cría* - por sobre todas las cosas - no es funcional al orden patriarcal y heterosexual dominante, cuyo mayor objetivo es la conquista del poder y su accionar privilegiado, a través del miedo.

Finalmente, las entrevistadas respondieron unánimemente - de poder hacerlo - cambiarían **todo** respecto al embarazo, nacimiento y posparto. En líneas generales, todas concuerdan el no haber contado con suficiente información y el haber depositado toda la confianza en el médico obstetra.

Como se advirtió en **Consideraciones Metodológicas**, para llevar adelante esta tarea fue preciso armar un corpus de investigación con materiales teóricos y prácticos. Estos últimos refieren a los relatos de las víctimas de la violencia obstétrica, sus experiencias y vivencias – de alguna manera – permitieron confrontar la praxis con la teoría y constatar la hipótesis de trabajo. A saber:

La maternidad entendida como algo dado y natural y no, como una construcción cultural y social promueve prácticas coercitivas sobre los cuerpos, conocidas como **violencia obstétrica**.

Conforme a los relatos de las entrevistadas, se observa que no tenían una idea formada respecto del embarazo. Lo poco que sabían tenía que ver con las experiencias, ideas y creencias que les ofrecía su entorno inmediato; principalmente, la familia. En cuanto a esta transmisión generacional, se evidencia una mezcla de miedo y respeto hacia la labor del médico, quién representa la máxima autoridad en los asuntos de la medicina; una suerte de adoración suprema, que no se debe cuestionar, ni contradecir. En todos los casos primó la transmisión de este sentimiento o creencia. Una de las entrevistadas señaló el énfasis puesto por toda su familia: “Tenés que tener un parto natural” y otra, que no tenía idea acerca del parto, la única referencia que tenía era de su prima, quien lo había pasado muy mal.

A partir de todas estas experiencias, es posible enunciar que el error de la Medicina Hegemónica es tomar al cuerpo gestante – no en consideración del proceso fisiológico y natural de parto – sino como un cuerpo enfermo, que hay que intervenir y accionar

para que el bebé nazca. Entonces, todos los requisitos de un entorno adecuado son ignorados por completo. Se coloca una vía para pasar medicamentos, se realizan tactos, se rompen membranas (ruptura artificial de bolsa), comienza a inducirse el parto a través de oxitocina sintética, que a diferencia de la que genera el propio organismo, llega abruptamente, provocando multiplicidad de contracciones y un alto porcentaje de que ese intento de parto termine en cesárea. Si bien, de a poco, esta problemática se está haciendo conocer el foco está puesto en la embarazada y no tanto en el bebé, quien también es víctima de la violencia obstétrica. No sólo por todo lo que vive mientras continúa dentro de la panza y su mamá está recibiendo un cóctel de fármacos innecesarios o bien, se ejercen maniobras para acortar aún más el tiempo natural de nacimiento. Todas estas acciones pueden traer severas secuelas a nivel físico, emocional y psicológico, que pueden marcarlo de por vida. Además de garantizar un modo violento y brusco de llegar al mundo, inmediatamente luego de nacer, la Medicina Hegemónica expone al bebé a un sin fin de prácticas rutinarias (pesarlo, bañarlo, colocarle una sonda, limpiar todas sus secreciones, vacunar, exámenes de vista, etc.), todo lejos del cuerpo de su mamá, lo único conocido por él hasta ese momento, su mundo. Todos estos actos también son violencia obstétrica y es imposible evitarlos porque forman parte de un protocolo. Entonces, luego de atravesar toda la violencia impresa sobre el cuerpo gestante, el bebé nace y se enfrenta a un mundo hostil y desconocido; donde encima debe sufrir todas estas intervenciones protocolares y en el mejor de los casos, volverá – en un tiempo que varía según la buena voluntad de los médicos – a los brazos de su mamá y sino pasará un tiempo en Neonatología.

## V. Conclusiones

Como señala el título de este trabajo, la violencia obstétrica se presenta como respuesta a la forma en que se construye el cuerpo gestante a partir del mandato heteronormativo y el discurso médico hegemónico. Considero fundamental para la construcción de un cuerpo gestante - y como resistencia a dichos discursos y mandatos - contar con toda la información necesaria en cuanto al proceso fisiológico del parto y los derechos que existen en el nacimiento. Asimismo, distanciarse de las creencias e ideas que prevalecen en el imaginario social acerca del médico como profeta y que cada cuerpo realice su propio camino. En varias oportunidades, se señaló que el embarazo es una ardua tarea que implica varias instancias (preconcepción, gestación, parto, puerperio y crianza). Por eso, la presencia de organizaciones como Mamakilla - que cumple el rol de informar, concientizar y acompañar - resulta fundamental para contar con las herramientas necesarias que nos permitan vivir cada parto, cada nacimiento, como un momento único y plagado de sentido. Asimismo, los talleres prenatales, donde se enseña a tomar contacto con el bebé dentro de la panza; las charlas de lactancia, que enfatizan la importancia de la lactancia materna en el desarrollo de un vínculo amoroso mamá-bebé; los grupos de crianza, donde padres y madres comparten dudas, inquietudes y sentimientos respecto de esta etapa; los grupos y eventos motivados por las redes sociales que promueven un parto respetuoso, una gestación consciente, una crianza en tribu; Todos ellos tienen que ver con una nueva forma de transitar el embarazo, el nacimiento y el posparto en grupo, acompañadxs, reflexionando y siendo conscientes del nuevo ser que se está gestando a fin de garantizarle una forma de llegar al mundo más amorosa y respetuosa.

La imposibilidad de la Medicina Hegemónica de reflexionar acerca de todas estas cuestiones y de ser consciente de que tanto la mamá como el bebé son vidas y no cosas - que pueden manipular y tratar, priorizando sus propios intereses (los de la clase dominante) - y cuyas acciones (su rol como profesionales de la Salud) se articulan conforme a las variables de dinero, tiempo y poder, características de la sociedad capitalista; todas estas cualidades llevan a muchas familias a elegir cómo les gustaría traer a su hijx al mundo. Algunas eligen estar acompañadas por una doula y/o una partera y luego (cuando es el momento preciso), acudir a la Institución. Otras deciden realizar el trabajo de parto y el parto en la propia casa, con la presencia de una partera que observa y asiste pasivamente, priorizando a los únicos protagonistas:

la mamá y su bebé. Ambos fenómenos, la figura de la doula y el parto a domicilio<sup>89</sup>, se presentan como resistencia y contra cara del rol que desempeña la Medicina Hegemónica en cuanto al embarazo y el parto. El lugar otorgado a la mujer en situación de parto se creó hace miles de años, tal como fue posible observar con los trabajos de Federici y Rodrigáñez Bustos, y resulta paradójico que iniciado el SXXI continúe vigente. La presencia de la doula y de la *partera auténtica* - en la actualidad - tiene su correlato con la figura materna que acompañaba los primeros nacimientos, aquéllos que se desarrollaban en la casa de una comadrona vecina y que más tarde, cuando comenzó a socializarse el parto, se realizaba en la propia casa. Entonces, es posible evidenciar en la elección de estos fenómenos cierto retorno a modalidades arcaicas, que no es más que un intento por rescatar aquella sexualidad femenina que el tiempo y el poder ha borrado.

---

<sup>89</sup>“El hecho de que sea un parto en casa no significa que sea respetuoso”, señalan tanto la Presidenta como la Puericultora de Mamakilla. Como en todos los ámbitos, hay de todo. Hoy, muchos equipos de parteras ofrecen su asistencia a partos en domicilio; sin embargo, son parteras que también trabajan en Instituciones y – de alguna manera – fueron amoldadas por el Sistema. Difieren de aquella *partera auténtica* que menciona Odent, muy similar a aquella legendaria partera o comadrona que acompañaba a las mujeres, cuando los partos no estaban socializados ni institucionalizados.

## VI. Bibliografía

- Althusser, Louis. *Ideología y aparatos ideológicos del estado*. Buenos Aires, ediciones Nueva Visión, 1984.
- Bajtín, Mijaíl. *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento*, Madrid, Editorial Alianza, 2003.
- Bonnefeld, Werner, La permanencia de la acumulación primitiva: fetichismo de la mercancía y constitución social, en *Theomai* 26, segundo semestre (Quilmes: UNQ), 2012.
- Bourdieu, P., *La dominación masculina y otros ensayos*, 1ª ed., Bs. As., Editorial La Página S.A., 2010.
- Butler, Judith. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires, Paidós, pp. 179 – 183, 2002.
- Butler, J., *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. España, Ediciones Cátedra, (Cap. 3 y 4), 2001.
- Butler, J. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, (Prefacio a la edición 1990 y Cap. 2), 2007.
- Butler J., *Deshacer el género*, Buenos Aires, Paidós, 2004.
- Canevari Bledel, Cecilia, *Cuerpos enajenados*, Experiencia de mujeres en una maternidad Pública, Santiago del Estero, Barco Edita, 2011.
- Capiski, Jorge, *Parto Vertical en Vivir*, Buenos Aires, año 1, n.6, pp. 64-68, 1976.
- Colectivo de Mujeres de Boston. *Nuestros cuerpos Nuestras vidas*, Plaza-Janés, 2000.
- Conclusiones de las *I Jornadas de participación ciudadana para definir violencia obstétrica*, Buenos Aires, 2013, disponibles en:  
<http://porelderechoaelegircomoparir.blogspot.com.ar/2013/11/conclusiones-de-las-jornadas.html>
- Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belém do Pará), 1994.
- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, en su sigla en inglés), 1979.

- De Angelis, Máximo, *Marx y la acumulación primitiva. El carácter continuo de los cercamientos capitalistas* en Theomai 26, segundo semestre (Quilmes: UNQ), 2012.
- De Lauretis, Teresa, *Tecnología del género*, Mora, Vol.2, Bs. As.: AIEM, Filosofía y Letras, UBA, 1996.
- Despentès, Virginia, *Teoría King Kong*, Melusina, 2ª ed., 2009.
- Ditone, Susana, *La silla de parto* en *Vivir*, Buenos Aires, s.n. año 10, pp. 25-29, mayo 1985.
- *El invento más antiguo del mundo*, La Razón, Buenos Aires, Suplemento Siete Días, pp.14-15., 19 de Octubre de 1965.
- Federici, Silvia, *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires, Tinta Limón, 2004.
- Feijoo, María del Carmen; Nari, Marcela. *Mujeres en Argentina en los años 60. Perspectiva Latinoamericana*, Riverside, v.23, n.1, pp.7-26, 1996.
- Felitti Karina, *Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en Argentina (1960-1980)* en *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, 2011, pp.113-129.
- Femenías, María Luisa. *Judith Butler: Introducción a su lectura*, Buenos Aires, Catálogos, 2003.
- Fernández, Ana María. *La mujer de la ilusión*, 1993.
- Fernández, A. M. y cols., *Política y Subjetividad*, Buenos Aires, Tinta Limón, 2006.
- Foucault Michel. *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2012
- Foucault, M. *Los cuerpos dóciles, Los medios del buen encauzamiento y El panoptismo*, en *Vigilar y castigar*, Buenos Aires, SXXI, 2002.
- Foucault, M. *Utopías y Heterotopías y El cuerpo utópico* (conferencias radiofónicas, 7 y 21 de Diciembre de 1966, en France- Culture.  
[http://hipermedula.org/wpcontent/uploads/2013/09/michel\\_foucault\\_heterotopias\\_y\\_cuerpo\\_utopico.pdf](http://hipermedula.org/wpcontent/uploads/2013/09/michel_foucault_heterotopias_y_cuerpo_utopico.pdf)
- Gavensky Ricardo, *Parto sin temor y parto sin dolor: educación de la embarazada para el parto sin dolor*, Buenos Aires, El Ateneo, 1ed. 1955, 2ed. 1961.
- Gutman, Laura, *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*, 1ª ed., 2ª reimp., Buenos Aires, Del Nuevo Extremo, 2007.
- Greimas, A. J., *La dimensión cognitiva de la narrativa discursiva*, Mimeo, 1976.
- Hiroko, Oma, *Quiero hablarte de las ostras y los bacilococos*, 2011.

- Jameson, Frederic & Žižek, Slavoj, *Estudios Culturales, Reflexiones sobre el multiculturalismo*, Buenos Aires, Paidós, 1998.
- Klein, Viola, *El carácter femenino. Historia de una ideología*, 3a ed., Buenos Aires, Paidós.
- Knibiehler, Yvonne. *Historias de las madres y de la maternidad en Occidente*. Argentina, Nueva Visión, 2001.
- Le Breton, David, *Antropología del cuerpo y Modernidad*, 1995.
- Ley 25.929: Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso del Nacimiento, 2004.
- Ley 26.485: Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales, 2009.
- Marx, Karl, *El Capital*, Tomo I, Vol. I, Buenos Aires, SXXI, 2004.
- Marx, K., *El Capital*, Tomo I, Vol., III, Buenos Aires, SXXI, 2004.
- Odent, Michel. *La masculinización del entorno del parto*, en *Ecología del Nacer*. <https://ecologiadelnacer.cl/la-masculinizacion-del-entorno-del-parto/>
- Odent M., *El Nacimiento y los orígenes de la violencia*, en *Revista Obstare* N° 7, 2002, pp.46-50.
- Odent M., *El nacimiento de los mamíferos humanos* en “La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad”, Ed. Obstare.
- Odent, M., *Las doulas para el período de transición* en “El Granjero y el Obstetra”, Editorial Creavida, 2002.
- Odent, M. *La doula auténtica* en *Ecología del Nacer* sitio web oficial: <https://ecologiadelnacer.cl/2014/05/24/la-doula-autentica>
- Palomar Vereza, Cristina, *Maternidad: Historia y Cultura* en *Revista La ventana*, Núm.22, 2005.
- Peralta, María Luisa. *Lesbianas madres: deseo, tecnología y existencia lesbiana*, en *Potencia Tortillera*, 2010.
- Rodríguez Bustos, Casilda, *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Ediciones Criminales S.L., 2007.
- Rosenberg, Martha, *Subjetividad, sexualidad y aborto*, en *Presentación en el Congreso Metropolitano de Psicología*, 2002.
- Saskia Sassen, *La Ciudad Global*, Eudeba, 1999; 2003.
- Tajer Débora, *Sexualidades desquiciadas*, en *Psicología*, Diario Página 12, 18 de Diciembre de 2014.

- Tubert, Silvia, *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid, Siglo XXI, 1991.
- Weston, K. *Families we choose: lesbians, gays, kinship*. New York, Columbia, University Press, 1991.
- Woolf, Virginia. *Un cuarto propio*, 1ª ed., Buenos Aires, El cuenco de Plata, 2013.
- Zicavo, Eugenia. *Cuerpo y maternidad. Cuerpos embarazados, ¿Cuerpos embarazosos?* XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires.